# NOTICE

SUR LES

# TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. le Dr Henri HARTMANN

NÉ A PARIS LE 16 JUIN 1860



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908



## TITRES

Externe des hôpitaux, 1880
Interne des hôpitaux, 1881
Aide d'anatomie, 1884
Prosecteur de la Faculté, 1886
Chirurgien des hôpitaux, 1892
Agrégé a la Faculté de médecine, 1895
Sous-Directeur des travaux de médecine opératoire, 1898
Chargé de cours de clinique annexe, 1907

## RÉCOMPENSES

Lauréat des hôpitaux (accessit), 1884
Lauréat des hôpitaux (médaille d'argent), 1886
Lauréat de l'Académie de médecine (Prix Civrieux), 1888
Prix Laborie (en collaboration avec Quénu), 1899

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société clinique
Membre de la Société anatomique, vice-président, 1892
Membre de l'Association française de chirurgie
Membre du Congrès international de gynécologie
Membre fondateur de l'Association française d'urologie
Membre de la Société de chirurgie
Membre de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie
Secrétaire général de la section de gynécologie au congrès international des sciences médicales, 1900
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Bucarest
Membre de la Société internationale de chirurgie
Honorary fellow royal college Surgeons Ireland
Honorary fellow of the medical Society, London
Président de la section de gynécologie, 6e session du Congrès français d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie
Membre de la Société internationale d'urologie
Membre de la Société française pour l'étude du cancer

## TITRES HONORIFIQUES

Chevalier de la Légion d'honneur
Officier d'académie
Grand officier du Medjidjié
Commandeur de l'ordre du Christ du Portugal
Officier de la Couronne d'Italie

## ENSEIGNEMENT

Comme *aide d'anatomie*, puis comme *prosecteur*, j'ai à la Faculté, dès 1884, enseigné l'anatomie et la médecine opératoire pendant six années consécutives.

Comme *agrégé*, j'ai eu l'occasion d'y faire des cours théoriques et, en remplacement du professeur Terrier, un *cours de clinique chirurgicale* à l'hôpital de la Pitié.

*Sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire*, j'ai, à ce titre, fait chaque année un cours de thérapeutique chirurgicale et constitué pour cet enseignement, à l'imitation de ce qu'avait fait mon maître le professeur Farabeuf pour l'anatomie, une *collection de planches murales* destinées à faciliter l'enseignement de la médecine opératoire.

J'ai de plus, avec l'assentiment de mon regretté maître Terrier, alors professeur de médecine opératoire, institué, à côté des travaux pratiques obligatoires sur les ligatures et les amputations, des séries *d'exercices pratiques sur les opérations spéciales*. Ces exercices, véritables cours de perfectionnement, faits sous ma direction, par mes collaborateurs les prosecteurs de la Faculté, n'ont pas tardé à se développer ; le nombre des élèves, qui les ont suivis, a été progressivement en croissant ; de 22 en 1898, il est monté à 110 en 1899, à 142 en 1900, à 174 en 1901, pour atteindre en 1904, année où j'ai cessé mes fonctions de sous-directeur, 232 élèves. Le résultat de cet enseignement fut la publication par les prosecteurs d'alors, Pierre Duval, Guibé, Lenormant, Proust, Schwartz et Veau, d'un *Précis de technique opératoire* en 6 fascicules.

Un peu plus tard, j'ai pris, avec le professeur Berger, la direction d'un *Traité* plus complet *de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, dont 7 volumes sont actuellement parus.

En même temps, dans mon service d'hôpital, tant à l'hôpital Lariboisière qu'à l'hôpital Bichat, je n'ai pas cessé depuis 1901 d'enseigner la chirurgie et la clinique. Ma nomination de *chargé de cours de clinique annexe* n'a fait que régulariser un enseignement que je donnais déjà depuis plusieurs années.

---

# I. — PUBLICATIONS DIDACTIQUES

1. — **Manuel de pathologie externe et de clinique chirurgicale.**
En collaboration avec F. Terrier et A. Broca.

2. — **Traité de chirurgie.**
Publié sous la direction de Duplay et Reclus.

Dans la première édition de ce traité, j'ai écrit les maladies du plancher buccal, des glandes salivaires, de l'œsophage et des voies aériennes.

Dans la deuxième édition de ce même traité, j'y ai de plus exposé les maladies chirurgicales de l'estomac et, en collaboration avec Gosset, les fistules stercorales, pyostercorales et l'anus contre nature.

Nous nous sommes attaché, dans ces diverses publications, à être aussi exact que possible, ne citant jamais un auteur sans avoir vérifié son dire dans le texte original. Mettant à profit les travaux récents, français ou étrangers, qui ont, sur bien des points, en particulier sur les notions pathogéniques et sur les indications thérapeutiques, modifié considérablement la pathologie chirurgicale, nous sommes arrivé souvent à des descriptions différentes de celles de nos devanciers.

3. — **Chirurgie de l'estomac.**
En collaboration avec F. Terrier.

Ce volume de 388 pages, illustré de 120 figures, contient l'exposé de

tous les procédés opératoires actuellement décrits. En même temps que nous donnons la pratique des chirurgiens des différents pays, remontant toujours aux sources, nous exposons les résultats de notre pratique personnelle, indiquant les voies dans lesquelles la chirurgie semble s'engager actuellement. C'est le premier travail complet publié sur cette question, tant en France qu'à l'étranger. Il contient trente-deux observations personnelles ayant trait aux points discutés de cette chirurgie, encore peu pratiquée dans notre pays au moment où nous avons publié ce volume.

### 4. — Chirurgie gastro-intestinale.

Dans ce volume de 154 pages, illustré de 121 figures, on trouve une série de leçons faites à la Faculté en 1900.

### 5. — Chirurgie du rectum.

En collaboration avec Quénu.

Dans les deux volumes, illustrés de 211 figures et de 30 planches hors texte, qui composent ce traité, nous avons mis à contribution les publications antérieures, remontant aux sources et nous efforçant de donner une bibliographie exacte, mais notre préoccupation principale a été de faire une œuvre originale, en accumulant pendant plusieurs années des documents cliniques, des observations cadavériques et des recherches de laboratoire. Nous avons été ainsi amenés à produire quelques idées nouvelles et à rectifier quelques opinions qui nous ont paru erronées.

### 6. — Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme.

Cet ouvrage de 432 pages avec 412 figures a pour base les leçons que nous avons faites à l'École de médecine pendant le semestre d'été de 1902. Dans ce livre comme dans nos leçons, nous nous sommes attaché à préciser les indications thérapeutiques et à exposer la manière de les remplir.

Nous avons décrit en détail les procédés qui nous paraissent les

meilleurs, rappelant au passage les quelques points d'anatomie normale



Fig. 1. — Incision de la taille, position élevée du bassin.

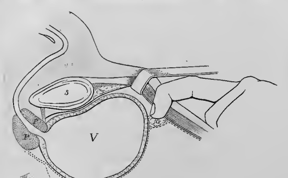



Fig. 2. — L'index a accroché au-dessus du pubis la graisse prévésicale et la refoule avec le cul-de-sac péritonéal.

et d'anatomie pathologique qui nous semblaient nécessaires pour la

compréhension de l'intervention, et résumant ensuite en petit texte les

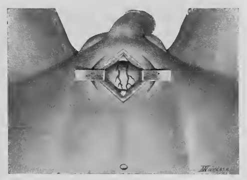


Fig. 3. — Le cul-de-sac péritonéal ayant été refoulé, on voit la vessie avec les gros troncs veineux qui la recouvrent.

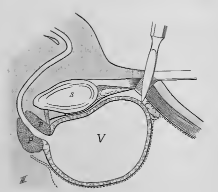



Fig. 4. — Ouverture de la vessie mise à nu.

opérations de moindre importance qui méritaient cependant une mention.

En même temps, nous avons exposé les divers modes d'exploration de chaque partie de l'appareil urinaire, urèthre, vessie, reins ; par leur côté technique ils se rapprochent de la médecine opératoire.

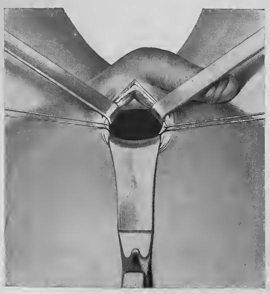


Fig. 5. — La vessie est ouverte ; une valve écarte l'angle ombilical de la plaie ; deux écarteurs sont placés latéralement ; des fils passés à travers la paroi vésicale la suspendent et l'empêchent de glisser dans la profondeur.

L'iconographie, un peu trop négligée à notre avis dans les ouvrages similaires, devait, dans un pareil livre, prendre une place considérable ; aussi avons-nous multiplié les figures, qui sont au nombre de 412, et qui, presque toutes, nous sont personnelles. Un certain nombre ne sont, du reste, que la reproduction des planches murales que nous avions fait exécuter pour notre enseignement oral. Au lieu de figurer, comme dans les

ouvrages antérieurs, les régions sur un sujet hypothétiquement placé dans la station verticale, nous avons fait exécuter le plus souvent nos dessins dans l'attitude opératoire, montrant les parties telles qu'on les voit dans l'opération sur le vivant. C'est ainsi que les opérations sur la vessie ont été figurées en position élevée du bassin (fig. 1 à 6), celles sur le rein dans



FIG. 6. — Pansement ; deux tubes-siphons amènent l'urine à l'extérieur.

le décubitus latéral, etc. Pour certaines manœuvres, nous avons même pensé qu'il était inutile de recourir au texte écrit, et qu'une série de figures accompagnées de légendes vaudrait mieux qu'une description détaillée.

Cet ouvrage a été traduit en allemand : *Chirurgie der Urogenitalorgane des Mannes*, München, 1907.

## 7. — Traité des maladies de l'estomac.

Par SOUPAULT.

Dans ce traité, j'ai écrit la partie ayant trait à la chirurgie de l'estomac.

### 8. — Maladies des voies urinaires.

Par FURBRINGER.

Traduction française avec annotations et additions.

Nous croyons devoir rapprocher des publications d'ordre didactique les annotations et additions que nous avons faites à la traduction des *Maladies des voies urinaires* de Furbringer. Nous y avons, en effet, ajouté des chapitres entiers sur les lésions traumatiques des reins, de la vessie et de l'urèthre, sur la séméiologie et l'examen chirurgical du rein, de la vessie et de l'urèthre, sur les vices de conformation de l'appareil urinaire, etc. Dans les notes attenantes au texte, nous avons mis, en regard des idées de l'auteur allemand, celles de mon maître le professeur Guyon.

### 9. — Revue annuelle de chirurgie.

Nous citerons encore, comme travaux du même ordre, les articles que nous publions à peu près chaque année dans la *Revue générale des sciences* depuis sa fondation en 1890, articles où nous résumons succinctement les principaux travaux publiés, laissant de côté nombre de faits qui ne présentent qu'un intérêt un peu spécial, nous attachant surtout à préciser les points acquis et cherchant à dégager les tendances du mouvement chirurgical ainsi que les voies dans lesquelles il s'engage.

## II. — TRAVAUX ANATOMO-CLINIQUES

---

Il y a quelques années, nous avons commencé la publication d'une série de mémoires faits dans notre service ou dans notre laboratoire. Nous avons donné à cette publication le nom de *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, pour en indiquer l'esprit général d'un seul mot.

Ce sont des travaux *cliniques*, en ce sens que ce sont des recueils d'observations et de statistiques hospitalières. On y trouve, à côté de la description de faits rares, la statistique globale de notre service et des mémoires exposant les déductions qu'on peut tirer de l'examen de séries de cas consécutifs. Ce sont aussi des travaux *d'anatomie normale et pathologique*. Actuellement la chirurgie viscérale ne doit plus être une chirurgie faite un peu au hasard, l'opérateur marchant droit au but et extirpant les tumeurs sans s'occuper de leurs connexions. C'est une chirurgie qui doit être réglée comme la chirurgie des membres. Il est donc intéressant de reprendre, au point de vue chirurgical, l'anatomie des régions sur lesquelles on opère et aussi d'étudier l'anatomie pathologique des lésions contre lesquelles on intervient.

Cette double connaissance de l'anatomie normale et de l'état des organes modifiés par la maladie nous semble nécessaire pour donner une base solide à un traitement opératoire rationnel.

L'examen des *résultats*, non seulement *immédiats*, mais encore *éloignés* des interventions, en nous montrant le *bénéfice réel* que les malades peuvent en retirer, permet, d'autre part, de poser les indications de ces opérations encore à l'étude.

Telles sont les idées qui nous ont guidé dans les recherches que nous avons poursuivies ou dans celles que nous avons fait faire à nos élèves.

Autant que possible, nous avons cherché à mettre sous les yeux du lecteur l'image à côté du texte, faisant dessiner les pièces rares ou typiques et en publiant la reproduction.

Les trois premiers volumes actuellement parus (estomac, voies urinaires, testicule, intestin) ne contiennent pas moins de 371 dessins, tous originaux.

## III. — ANATOMIE

### 1. — Anatomie du rectum.

(N° 128.)

Dans la *Chirurgie du rectum*, que nous avons publiée en collaboration avec M. Quénu, nous avons, en quarante-six pages, résumé les recherches que nous avions faites sur l'anatomie de cet organe. Trente-cinq des figures ou planches, qui illustrent ce chapitre, ont été dessinées directement d'après des préparations, des moulages ou des coupes après congélation.

Notre but a été, non de donner une description complète de l'anatomie du rectum, mais d'apporter des documents personnels sur quelques points, qui nous avaient paru mériter des études nouvelles.

### 2. — Les anastomoses des nerfs du membre supérieur et leur importance au point de vue de la conservation des fonctions sensitivo-motrices après des sections nerveuses.

(N$^{os}$ 36, 41, 45.)

Le point de départ de ces recherches a été une constatation faite au niveau de la paume de la main. Disséquant les nerfs de cette région, nous avons été frappé par la fréquence d'une disposition que nous avons notée 29 fois sur 45 et qui, jusqu'alors, n'avait pas été mentionnée par les divers auteurs de traités d'anatomie. Elle consiste essentiellement en des divisions

suivies de reconstitutions de troncs nerveux, qui affectent ainsi des dispositions en ellipse.

1° Le type le plus simple est une *boutonnière* d'une des branches terminales du médian ou du cubital, dans laquelle passe une des artères digitales, quelquefois l'arcade palmaire superficielle. La boutonnière n'a guère



Fig. 7. — Boutonnières des nerfs de la paume de la main.

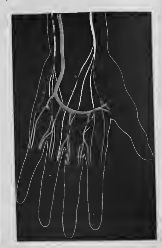


Fig. 8. — Double boutonnière nerveuse sur le collatéral externe du médius.

plus de 5 à 10 millimètres de long ; elle est constituée par la division du rameau nerveux en deux parties à peu près égales, qui s'appliquent sur l'artère, qu'elles embrassent, et se rejoignent presque immédiatement pour reconstituer le tronc nerveux. C'est de beaucoup la disposition la plus fréquente.

Ces petites boutonnières formées par les nerfs collatéraux des doigts, sont plus fréquentes sur les filets du médian que sur ceux du cubital.

2° Dans un deuxième type, il s'agit d'une *ellipse* de 7 à 8 centimètres de long, le plus souvent alors constituée par un filet du cubital.

3° Dans une *variété plus complexe*, la boutonnière nerveuse se dédouble en quelque sorte, si bien que l'artère passe successivement à travers deux boutonnières accolées et formées par le même nerf, traversant celui-ci comme une boucle.

4° Enfin plusieurs fois la boutonnière donnant passage à l'artère a paru constituée, non par un dédoublement du filet nerveux considéré, mais par l'*accolement* à ce filet d'un *rameau anastomotique* détaché du nerf collatéral voisin, un peu au-dessous de la bifurcation nerveuse qui avait donné les deux nerfs collatéraux. Il n'y avait cependant là qu'une disposition identique à celles mentionnées précédemment. La seule différence consistait dans ce fait que l'un des filets constituant la boutonnière s'était, pendant une partie de son trajet, accolé au nerf collatéral voisin, venu du même tronc, sans que cependant il se fût le moins du monde fusionné avec lui. Il suffisait, en effet, d'écarter la branche anastomotique du nerf collatéral dont elle semblait provenir, pour que sans dissection, par simple traction, la séparation devînt complète.

Ces constatations devaient nous engager à faire porter nos recherches sur des troncs nerveux plus importants, afin de voir s'il n'existait pas de variabilités analogues dans le trajet de leurs fibres. C'est ce que nous avons fait, nous attachant à étudier les gros troncs nerveux du membre supérieur, en particulier le musculo-cutané et le médian.

Nos dissections nous ont montré que l'*anastomose du médian et du musculo-cutané* manquait souvent et que, lorsqu'elle existait, elle se dirigeait, dans la majeure partie des cas, du musculo-cutané vers le médian, et non du médian vers le musculo-cutané, comme le disaient les auteurs classiques. Le filet qui va du musculo-cutané au médian naît à des hauteurs variables ; il peut apparaître très peu au-dessous de la racine externe du médian, séparé quelquefois de celle-ci par une des veines humérales, si bien que l'on peut dire qu'il y a, dans ces cas, dédoublement de la racine externe du médian. D'autres fois il naît plus bas, au moment où le musculo-cutané va perforer le coraco-brachial ou, encore plus bas, après qu'il a perforé ce muscle. Son volume est des plus variables. Toujours cette anastomose est constituée par un certain nombre de fibres du médian, qui ont emprunté, pendant un parcours plus ou moins long, le trajet du musculo-cutané. On peut l'en séparer avec la plus grande facilité, car il n'y a qu'accolement sans intrication de fibres.

L'anastomose classique du médian au musculo-cutané est constituée

de même, lorsqu'elle existe, par l'accolement au médian d'un filet du musculo-cutané qui ne rejoint son tronc originel qu'après un trajet variable. Ici encore il n'y a que simple accolement et la séparation est des plus faciles.

En somme, qu'il s'agisse d'une anastomose du musculo-cutané au médian ou du médian au musculo-cutané, l'anastomose n'est jamais constituée par un échange de fibres entre les deux nerfs ; toujours elle est formée de fibres appartenant au nerf auquel elle aboutit, et dont il est facile de voir qu'elle naît, si l'on cherche à remonter le trajet des fibres qui la composent.

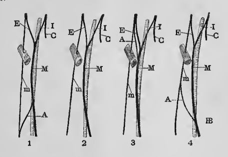



FIG. 9. — Schéma des rapports réciproques du médian et du musculo-cutané au bras.
1, disposition classique. (L'anastomose va du médian vers le musculo-cutané), — 2, absence d'anastomose ; — 3, anastomose simulant un dédoublement de la racine externe du médian ; — 4, anastomose oblique du musculo-cutané vers le médian.

Il y a là, en grand, ce que nous avons vu en petit à la main, une *ellipse nerveuse*, avec cette particularité que les filets, qui entrent dans la constitution de cette grande ellipse, empruntent le trajet d'un autre nerf avant de rejoindre le tronc dont elles émanent, fait que nous avons du reste, mais exceptionnellement, observé à la main.

Quelquefois, la disposition est en apparence plus complexe, lorsque le rameau anastomotique, au lieu de se jeter dans le tronc principal du médian ou du musculo-cutané, rejoint une ou plusieurs de ses branches ; il peut alors se diviser en plusieurs rameaux qui abordent les branches nerveuses, auxquelles ils aboutissent, sous une incidence variable, simulant ainsi des anses nerveuses ou quelquefois de petits plexus.

On peut, mais le fait est plus rare, observer des ellipses nerveuses analogues sur d'autres nerfs du membre supérieur. Nous avons vu le médian se séparer au-dessous du pli du coude en deux branches qui ne se rejoignaient qu'à la paume de la main; le cubital donner des branches disposées en ellipses, etc.

De ces constatations multiples, on peut, croyons-nous, conclure que, si les terminaisons, de même que les origines, sont constantes, le trajet des fibres nerveuses présente, plus souvent qu'on ne le dit, des anomalies. Ces anomalies, qui n'ont rien de fixe en dehors des conditions générales qui les règlent, nous paraissent s'expliquer assez bien par le mode de développement des nerfs qui se fait du centre vers la périphérie. Que dans leur marche excentrique ils rencontrent un obstacle et on les verra se diviser pour se reconstituer plus loin. C'est ce que l'on observe surtout au niveau des vaisseaux dont l'apparition embryologique est antérieure à celle des nerfs.

Comme pour les artères, lors d'anomalie, on observe toujours, à l'endroit où doit se trouver un nerf, un filet nerveux. Ce filet est simplement amoindri, une partie des fibres qui le composent prenant une autre voie pour aboutir à la terminaison habituelle. De même que dans les anomalies du système artériel, le sang emprunte habituellement le canal d'une artère voisine, anormalement dilatée, pour aboutir à sa destination, de même dans les anomalies nerveuses, nous pouvons voir les fibres, qui normalement entrent dans la constitution d'un nerf, emprunter partiellement le trajet d'un nerf voisin pour rejoindre plus bas leur tronc originel.




Fig. 10. — Disposition en ellipse du médian à l'avant-bras.

L'intérêt de ces diverses dispositions réside surtout dans l'interprétation des faits pathologiques. Toutes les fois qu'on se trouvera en présence de symptômes qu'on ne pourra expliquer avec les connaissances actuelles, on devra songer à la possibilité d'une anomalie nerveuse. Le rôle de ces anomalies nous semble en particulier évident dans ces cas bien connus, mais mal expliqués, de section du médian au bras, sans paralysie et sans anesthésie.

### 3. — Nerfs du releveur et du sphincter de l'anus.

(N° 130.)

De nombreuses dissections, faites avec mon élève M. Caboche, nous ont permis de préciser l'anatomie de ces nerfs.

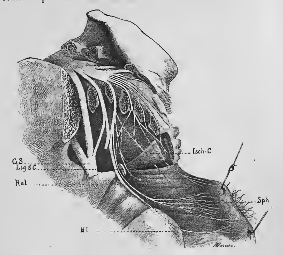



Fig. 11. — Nerfs du releveur et nerfs sphinctériens.

G. S., nerf sciatique; — Lig. S. C., petit ligament sacro-sciatique coupé et relevé de manière à montrer le filet de l'ischio-coccygien et la branche superficielle du releveur qui passent entre ce ligament et le muscle ischio-coccygien Isch-C.; — entre ce muscle et le Rel., releveur de l'anus, on voit le nerf sphinctérien postérieur et la branche profonde du releveur; — H. I., nerf honteux auquel est accolé le nerf sphinctérien moyen et duquel se détache, au voisinage de l'ischion, le nerf sphinctérien antérieur, — *Sph.*, muscle sphincter externe.

Le releveur reçoit par sa face profonde un nerf facile à découvrir; il est de plus abordé superficiellement par une autre branche nerveuse qui, chemin faisant, a abandonné un filet au muscle ischio-coccygien.

Le sphincter est principalement innervé par une série de pinceaux ner-

veux qui émanent d'un tronc accolé au nerf honteux interne. Il reçoit de plus des filets antérieurs, se détachant du nerf honteux, un peu avant sa division en deux branches, et un filet postérieur qui se détache de la quatrième paire sacrée et chemine un peu en dehors du nerf coccygien.

## 4. — Quelques points de l'anatomie de l'intestin et du péritoine.

(Nos 34, 47, 56, 57, 58.)

La lecture d'un travail de Treves et l'enseignement inédit de notre maître, le professeur Farabeuf, ont été pour nous le point de départ de recherches sur l'anatomie du tube digestif et du péritoine.

A. Duodénum. — Partant de ce principe que l'on doit dénommer duodénum, non pas la portion d'intestin étendue de l'estomac au croisement par les vaisseaux mésentériques supérieurs, mais la *portion fixe de l'intestin grêle*, nous avons été amené à décrire à ce duodénum une quatrième portion ascendante, après le croisement des vaisseaux mésentériques, portion que l'on voit très nettement lorsqu'on renverse à droite le paquet de l'intestin grêle. Cette quatrième *portion ascendante* s'étend en général du milieu du corps de la quatrième vertèbre lombaire jusqu'à la partie moyenne du corps de la deuxième, point où elle se coude pour se continuer avec une portion d'intestin libre, le jéjunum. La disposition générale du duodénum est du reste variable (coudé, en spire, angulaire).

La fixité de la quatrième portion est due à ce qu'elle reçoit, tout le long de son bord postérieur droit, un muscle plat, composé de fibres lisses, muscle de Treitz ou *muscle suspenseur du duodénum*. Ce muscle, de forme générale triangulaire, s'insère par sa base sur la face postérieure droite de la portion ascendante du duodénum. Son sommet se perd dans le tissu fibreux qui entoure le tronc cœliaque et le pilier gauche du diaphragme. Histologiquement, le muscle de Treitz figure un prolongement de la couche musculaire longitudinale du duodénum, ainsi que cela ressort des examens qu'a bien voulu faire pour nous notre ami Retterer.

A la portion ascendante du duodénum se rattache une fossette, *la fossette duodéno-jéjunale*, qui s'oblitère souvent avec l'âge, mais qui est, au contraire, très nette chez le nouveau-né. Cette fossette, dans sa forme la plus typique, est située sur la partie latérale gauche de la quatrième portion

du duodénum; elle est limitée à gauche par un pli péritonéal, dont la partie adhérente se continue avec le péritoine postérieur qui recouvre le rein et va constituer à gauche le feuillet droit du côlon descendant, en haut le feuillet inférieur du côlon transverse. Le bord libre de ce pli a une forme semi-lunaire; sa corne inférieure vient se perdre sur la face antérieure de la dernière portion du duodénum; la supérieure va se cacher en arrière du bord gauche de cette partie de l'intestin, si bien que la portion ascendante du duodénum semble émerger du péritoine postérieur au niveau de cette fossette.

A une petite distance du bord libre de la corne supérieure, on voit passer la veine mésaraïque inférieure, qui décrit une courbe régulière à ce niveau. Le bord libre de la corne inférieure est, au contraire, dans l'immense majorité des cas, privé de vaisseaux.

Le péritoine s'enfonce dans cette fossette jusqu'aux limites de la portion ascendante du duodénum, et, comme l'orifice de cette fossette est situé à l'union du quart supérieur et des trois quarts inférieurs de cette portion de l'intestin, il s'ensuit que le cul-de-sac péritonéal supérieur est notablement plus petit que l'inférieur.

Si le repli péritonéal est moins développé, sa partie moyenne disparaît la première, la fossette se dédouble en deux, une supérieure et une inférieure. Que l'atrophie du pli augmente et au dédoublement de la fossette en deux va succéder leur diminution et même leur disparition.

C'est dans cette fossette que se font le plus souvent les *hernies dites rétro-péritonéales*, contrairement à l'opinion courante qui tend à les placer dans l'hiatus de Winslow, où elles sont, au contraire, exceptionnelles.

Tous ces points ont été immédiatement confirmés par les communications de M. Jonesco, qui, dans une série de travaux ultérieurs, a développé et fait accepter la conception, nouvelle en France, que nous venions de donner de cette partie de l'intestin.

B. Cæcum. — Au voisinage du cæcum existent de même des fossettes, qu'ont bien décrites Treves puis Tuffier, fossettes qui peuvent acquérir des dimensions considérables. Dans un cas que nous avons observé, la fossette iléo-cæcale inférieure mesurait 9 centimètres de profondeur et aurait facilement logé une anse d'intestin grêle. C'est évidemment à des fossettes semblables, *normales mais anormalement développées*, qu'on a eu affaire dans les cas d'étranglements dits *hernies de Rieux*, que l'on localisait dans des diverticules anormaux rétro-cæcaux.

Dans un cas d'arrêt dans la migration du cæcum (cæcum sous le foie), cette fossette était bien développée et regardait en avant et en dehors.

C. ANSE OMÉGA. — La manière dont le côlon se continue avec le rectum a été l'objet de nombreuses contestations. Il est classique de dire que le rectum commence au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche; toutefois, Huguier affirme que, chez l'enfant tout au moins, il commence à droite. Ces divergences tiennent à la situation variable d'une anse en forme d'oméga qui relie le côlon descendant au rectum.

Le pédicule de cette anse, situé à peu près au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, est creusé d'une fossette (fossette intersigmoïde) dont le fond répond au point où l'uretère croise les vaisseaux iliaques et qui peut, dans des cas rares, être le siège de hernies rétro-péritonéales.

Une des branches de cet oméga se continue dans la fosse iliaque avec le côlon, l'autre dans l'excavation pelvienne avec le rectum (constituant la première partie du rectum de nos classiques). La partie intermédiaire convexe forme une anse, qui ordinairement flotte sur la partie supérieure de l'excavation, qui quelquefois tombe dans le fond de celle-ci. Lorsque le petit bassin ne peut la contenir, soit qu'il s'agisse d'une anse trop volumineuse (nous l'avons vue remonter jusqu'à l'appendice xyphoïde), soit qu'on se trouve en présence d'une cavité pelvienne trop petite (bassin de l'enfant) ou remplie par une tumeur (fibrome, utérus gravide, etc.), l'anse de pelvienne devient abdominale.

On comprend dès lors qu'avec la limitation arbitraire du rectum au point où le gros intestin croise le détroit supérieur, on lui donne, suivant les cas, une composition des plus variables, y comprenant ou n'y comprenant pas la plus grande partie de cette anse oméga. Dans le premier cas, on dit que le rectum commence à gauche du sacrum, dans le second à droite de cet os.

Les dispositions que nous venons de décrire ont un certain intérêt chirurgical à divers points de vue :

1° Possibilité d'étranglements internes dans la fossette intersigmoïde.

2° Explication de la fréquence des volvulus de cette partie de l'intestin qui, pédiculée et mobile, est toute prête à se tordre.

3° Possibilité de laisser au-dessous d'un anus iliaque une portion très longue d'intestin, ce qui apporte un argument de plus contre la suture du bout inférieur de l'intestin dans cette opération, généralement faite pour des cancers du rectum.

D. Torsion de l'intestin. — Nous appuyant d'une part sur des faits d'embryologie et de tératologie, d'autre part sur des données tirées de l'anatomie comparée, nous avons cherché à préciser le mode de torsion de l'intestin.

Cette torsion est liée à la migration du cæcum. Lorsque cette migration, résultat de l'allongement de la partie terminale du gros intestin, s'effectue de gauche à droite, la grande anse mésentérique supérieure évolue avec son méso autour de ses deux points fixes, le muscle suspenseur du duodénum d'une part, le canal ombilical de l'autre, de telle manière que ce méso se retourne, pour ainsi dire, et vient, avec les vaisseaux mésentériques supérieurs qu'il contient, se placer au-devant du duoduénum auquel il adhère secondairement. Ce n'est donc pas le duodénum-jéjunum qui est attiré par le muscle de Treitz sous les vaisseaux mésentériques, comme on l'a dit, ce sont les vaisseaux qui viennent se placer au-devant du duodénum *fixe*.

Les effets de la migration du cæcum, difficiles à se figurer théoriquement, se démontrent avec la plus grande facilité lorsqu'on a les pièces entre les mains. Rien de plus facile que de faire cesser cette torsion en reprenant en sens inverse la migration du cæcum, comme le fait est possible lorsque, par quelques coups de scalpel, on a séparé les adhérences qui unissent la racine du mésentère à la troisième portion du duodénum, ou lorsqu'on prend un intestin où ces adhérences manquent, comme celui de la fouine. Nous avons pu le constater de même, sans la moindre préparation, chez un embryon de 4 centimètres et demi, le mésentère flottant encore librement au-devant du duodénum et étant, par conséquent, détordable.

## 5. — L'espace pelvi-rectal supérieur.

(N° 128.)

Des recherches anatomiques, poursuivies avec M. Quénu à l'amphithéâtre des hôpitaux, nous ont conduit à une conception de l'espace pelvi-rectal supérieur un peu différente de celle de Richet. Nos dissections nous ont montré que ce grand espace devait être divisé en deux loges, l'une méritant le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, l'autre celui de loge rétro-rectale. Le décollement avec le doigt et les injections au suif établissent

qu'en arrière du rectum existe une loge limitée latéralement par les aponévroses sacro-recto-génitales, venues des trous sacrés antérieurs. Cette loge descend jusqu'à la partie supérieure de l'anus et reste partout indépendante des deux grands espaces latéraux, immédiatement sus-jacents aux releveurs.

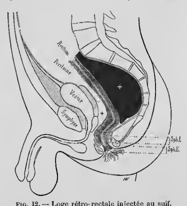


Fig. 12. — Loge rétro-rectale injectée au suif.

A chacune de ces loges correspond une distribution vasculaire distincte : à la loge rétro rectale aboutit la terminaison des vaisseaux mésentériques inférieurs, tandis que les loges latérales renferment toute la distribution viscérale de l'hypogastrique, dont l'ensemble formeune sorted'éventail dont le sommet répond à la grande échancrure sciatique, par où, de la sorte, le tissu cellulaire pelvi-rectal communique avec les couches profondes de la fesse.

Cette différenciation de la loge rétro-rectale a son intérêt au point de vue chirurgical, à cause des phlegmons et abcès dont elle peut être le siège.

## 6. — Le quadriceps de la cuisse.

(N° 16.)

Reprenant une conception ancienne et délaissée du grand muscle extenseur de la jambe sur la cuisse, nous avons montré que, dans bon nombre de cas, ce muscle méritait sans discussion le nom de quadriceps, qu'il existait à sa face profonde un gros tendon recevant les fibres de sa portion moyenne ou crurale et que, dans les cas où la division en quatre portions était très marquée, il existait entr'elles une bourse séreuse liée à une absence de fusion de ces quatre portions.

Cette disposition est intéressante en ce qu'elle explique l'existence des deux variétés de rupture du triceps, qu'avait cliniquement observées Gosselin; l'une accompagnée de l'ouverture de la synoviale du genou correspondrait à la rupture totale du tendon; l'autre, sans ouverture de la synoviale, serait limitée au tendon superficiel (droit antérieur), bien nettement séparé dans certains cas du tendon profond (crural) et pouvant, par conséquent, se rompre isolément.

Peu de temps après la publication de nos travaux, M. Poirier reprenait à son tour la conception ancienne du quadriceps et y ramenait la majeure partie des anatomistes français.

## 7. — Anatomie du premier cunéiforme.

(N° 54.)

L'examen de 300 pieds nous a montré que le premier cunéiforme présentait une forme variable. Sa face antérieure est bien, dans un certain nombre de cas, demi-circulaire et convexe, suivant les données classiques. Mais le plus souvent, on constate déjà un léger étranglement de cette facette articulaire antérieure, qui est manifestement rétrécie au niveau de la partie moyenne de sa hauteur. Un degré de plus dans la déformation, et l'on voit (20 p. 100 des cas) la facette antérieure du cunéiforme nettement séparée en deux par un sillon large à ses extrémités, très mince à sa partie moyenne où il semble tracé avec une aiguille. Enfin, dans 2 p. 100 des cas, il existe une séparation complète du premier cunéiforme en deux petits os superposés, fait déjà observé par Delmas, Friedlowky et Le Dentu.

Ces deux osselets sont articulés suivant le type des arthrodies et réunis à la fois par des ligaments périphériques, interne et externe, et par un ligament interosseux très fort, situé à la partie antéro externe.

Ces variations dans la configuration du premier cunéiforme entraînent des déformations correspondantes des surfaces articulaires du premier métatarsien et du scaphoïde.

## 8. — L'artère obturatrice et ses anomalies.

(N° 37.)

A propos de deux cas d'anomalies de l'artère obturatrice, nous avons montré que l'artère anormale, uée d'un tronc commun avec l'épigastrique, pouvait tantôt contourner le pubis et l'insertion pubienne du ligament de Gimbernat, tantôt longer l'arcade crurale et se réfléchir sur le bord tranchant de ce ligament, occupant par conséquent, suivant les cas, un point quelconque du pourtour de l'anneau crural.

Faisant une série de recherches sur l'anatomie de la région, nous avons pu constater que les anomalies veineuses étaient plus fréquentes que les anomalies artérielles dans la proportion de 2 à 1. Le plus souvent, la veine obturatrice se termine par deux branches, qui vont l'une dans la veine hypogastrique, l'aûtre dans la veine iliaque externe près de l'arcade de Fallope; ce fait concorde avec les recherches embryologiques de Meckel qui ont établi que, dans la vie embryonnaire, les vaisseaux obturateurs ont deux origines, une de l'hypogastrique, une de l'iliaque externe.

Ces anomalies, tant artérielles que veineuses, sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

A part le cas d'origine anormale, l'artère obturatrice, contrairement à l'opinion classique, se trouve au-dessous du nerf, à son entrée dans le canal sous-pubien.

## 9. — Le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre.

(N° 77.)

Au cours de recherches faites à l'amphithéâtre des hôpitaux avec M. Quénu, nous avons constaté, sur des coupes après congélation, qu'il existait, à des degrés divers de développement, suivant les sujets, un prolongement de la plèvre droite en forme de cul-de-sac s'enfonçant derrière l'œsophage, entre la colonne vertébrale et ce conduit, auquel il constitue une sorte de séreuse de glissement, qui s'étend quelquefois jusqu'au-devant de l'aorte. Cette disposition de la plèvre, qui nous a frappés dans nos recherches, est figurée sur une des coupes de l'atlas de Braune.

Notre maître, M. Farabeuf, nous a dit l'avoir constatée; elle serait, suivant lui, surtout développée dans les thorax en carène. Ce cul-de-sac est de moins en moins profond à mesure qu'on s'élève; il s'arrête, en haut, immédiatement au-dessous de la crosse de la grande veine azygos. Nous

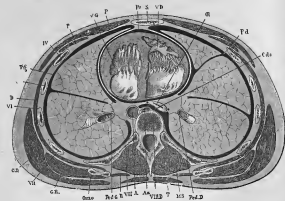



Fig. 13. — Coupe du thorax au niveau du mamelon.

Sur cette coupe, faite après congelation, chez une femme de quarante ens environ, à l'amphithéâtre de Clamart, on voit très développé le cul de-sac, *Cds*, qu'envoie la plèvre droite en arrière de l'œsophage OE, en avant de la grande veine azygos AZ, jusqu'au contact de l'aorte A. Les cavités pleurales, droite *Pd* et gauche *Pg*, ainsi que la séreuse péricardique *Pe* sont marquées en noir. En *Ped D* et *Ped G* on voit le coupe des pédicules pulmonaires, droit et gauche, en VD et VG les ventricules, en S le sternum. VIIID est la 8e dorsale. IV, V, VI, VII. VIII, représentent les 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes; *Omo*, l'engle de l'omoplate; MS, masse des muscles de gouttières vertébrales; P, grand pectoral; *p*, petit pectoral; D, grand dentelé; GD, deltoïde, GR, grand rond; R, rhomboïde, T, trapèze.

Comme on le voit sur la figure, il est possibie d'aborder l'nngle des côtes en ne sectionnant que le rhomboïde.

l'avons retrouvé, avec sa disposition typique, sur des coupes en série de fœtus de souris à terme, que nous avait obligeamment prêtées le professeur Mathias Duval.

## 10. — Muscle recto-uréthral.

(N° 253.)

Au cours de recherches sur la prostatectomie périnéale et sur l'amputa-

tion du rectum, nous avons été frappé par l'existence d'une adhérence solide qui tire le rectum en avant, déterminant à 4 centimètres de l'orifice externe de l'anus sa coudure saillante en avant, le réunissant au bec de la prostate, plus exactement au bord postérieur du diaphragme uro-génital. Ce muscle, décrit et figuré par un certain nombre d'anatomistes allemands sous

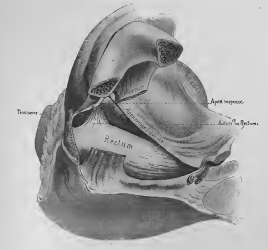



Fig. 14. — Muscle recto-uréthral. Sur cette vue latérale de la vessie et du rectum, on voit très nettement l'adhérence qui réunit l'aponévrose moyenne à la face antérieure du rectum. (*M. recto-urethralis* des Allemands.)

le nom de *M. recto-urethralis*, est important à connaître pour le chirurgien qui doit le couper à petits coups très près de l'urèthre membraneux pour pénétrer dans l'espace avasculaire décollable, rétro-prostatique, résultant de la coalescence de la partie inférieure des deux feuillets qui limitent le cul-de-sac péritonéal prérectal.

### 11. — Anatomie normale de la vésicule et du canal cystique.

(N° 74.)

Reprenant l'anatomie normale des voies biliaires, nous avons constaté que la vésicule se continue avec le canal cystique en formant une sorte d'ampoule saillante à droite, *bassinet de la vésicule*. Cette ampoule est séparée du reste de la vésicule, extérieurement par un sillon surtout marqué à droite, intérieurement par des saillies valvulaires qui naissent à gauche d'une sorte de promontoire et vont en divergeant mourir sur les parois de la vésicule.

La partie inférieure de la vésicule, le bassinet et l'origine du canal cystique forment un ensemble qui décrit une sinuosité à concavité gauche.

Dans cette concavité se trouve un *ganglion*, indépendant de la chaîne qui va au hile du foie, et recevant les lymphatiques de la vésicule. L'engorgement de ce ganglion peut faire croire à l'existence d'un calcul, comme le fait s'est présenté dans plusieurs opérations.

Sur la face interne du canal cystique, on trouve une série de replis ou valvules qui présentent une *variabilité très grande*, et qui, dans un très grand nombre de cas, empêchent le passage d'un cathéter dans le canal. Quant à l'apparence spiroïde du canal, signalée par nombre d'auteurs, elle ne s'observe que sur les pièces insufflées et desséchées : elle est due à la distension inégale des parties plus ou moins résistantes à l'insufflation, l'épaisseur de la paroi étant manifestement plus grande au niveau des parties rétrécies.

## IV. — CHIRURGIE ABDOMINALE

### TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN

#### 1. — Traitement des contusions de l'abdomen.

(N°s 197, 237, 238.)

Tout le monde est d'accord pour admettre qu'en présence d'une contusion avec lésion des organes intra-abdominaux, la laparotomie immédiate est indiquée. Malheureusement, dans la pratique, on ne sait pas souvent sur quel signe s'appuyer pour faire le diagnostic de la lésion intra-abdominale. Me fondant sur une série d'observations, j'ai insisté sur ce fait qu'*en présence d'une contusion de l'abdomen, en l'absence de tout autre symptôme*, chez un malade même en apparence très bien portant, *l'existence d'une contracture de la paroi, non limitée au point contus*, suffit pour faire affirmer l'existence d'une lésion interne et *pour autoriser une laparotomie immédiate*.

Réciproquement, nous n'intervenons jamais quand cette contracture n'existe pas. Sur 37 cas consécutifs, nous avons trouvé 10 fois cette contracture, 10 fois nous avons ouvert le ventre, 10 fois nous avons trouvé des lésions d'organes intra-abdominaux; 17 fois la contracture manquant, nous ne sommes pas intervenu, nos 17 malades ont guéri.

Aujourd'hui, la règle de conduite que nous avons posée est acceptée par un grand nombre de chirurgiens.

### 2. — Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

(Nos 27.)

Dès 1886, d'une étude critique des travaux antérieurement publiés et d'observations personnelles, nous avons conclu qu'en présence d'une *plaie pénétrante de l'abdomen avec hernie de l'épiploon*, il faut, au lieu de laisser le moignon épiploïque au-dehors, désinfecter les parties, attirer un peu à l'extérieur l'épiploon, faire porter la ligature sur des tissus sains, sectionner au-dessus de la ligature, réduire, puis suturer la plaie abdominale. Cette pratique, alors nouvelle, est aujourd'hui universellement acceptée.

Partisan de l'intervention immédiate dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, nous regardons cependant l'exploration du trajet comme inutile et sujette à erreur, la mobilité des plans de la paroi les uns par rapport aux autres pouvant faire croire à la non-pénétration, alors que la plaie est en réalité pénétrante; aussi concluons-nous à l'ouverture du ventre toutes les fois qu'il y a présomption de pénétration, afin d'examiner le péritoine par sa face profonde.

## TECHNIQUE GÉNÉRALE DES OPÉRATIONS ABDOMINALES

### 1. — Des perfectionnements apportés à la technique des opérations abdominales.

(N° 192.)

Comparant la statistique du service chirurgical de l'hôpital Bichat de 1883 à 1890 à ma statistique personnelle de 1896 à 1899, j'ai pu montrer que la mortalité s'était considérablement abaissée. Tandis que dans la première série 133 opérations sur l'utérus et les ovaires avaient donné 29 morts, 21,08 p. 100, la deuxième série de 105 opérations n'avait donné que 5 morts, 4,77 p. 100.

Cette grande amélioration dans les résultats est due à deux causes :

la substitution à l'antisepsie de l'*asepsie*, d'une part, les *perfectionnements de la technique*, d'autre part.

Dans la substitution de l'asepsie à l'antisepsie, je n'ai fait que suivre les idées de mes maîtres Terrier et Quénu, qui ont certainement contribué plus que tout autre au développement progressif des méthodes aseptiques. Celles-ci ont surtout montré leur supériorité en chirurgie abdominale, ce qui s'explique par la nécessité qu'il y a à ne pas diminuer par le contact d'antiseptiques les réactions de défense de la séreuse péritonéale. Quant aux perfectionnements de la technique, ils ont porté sur divers points :

1° *Limitation exacte du champ opératoire.* — Cette limitation exacte du champ opératoire, obtenue à l'aide de compresses stérilisées, a été grandement facilitée par l'emploi systématique de la position élevée du bassin. Avec cette position élevée du bassin, des compresses bien placées sur l'intestin et une anesthésie régulière, on opère sur une excavation vidée de son contenu, voyant ce qu'on fait et ne craignant pas la contamination d'anses intestinales.

2° *Suppression des gros moignons et des ligatures en chaîne.* — En isolant complètement les parties à enlever, se contentant de lier les vaisseaux, dont la situation anatomique est invariable, réduisant par l'écrasement préalable les épiploons gras et adhérents, on arrive à n'avoir que de très petits pédicules, on évite les hémorragies par glissement du fil, on supprime les gros moignons intra-abdominaux, autrefois causes fréquentes de gêne et de tiraillements.

3° *Suppression des surfaces cruentées.* — L'enfouissement des ligatures sous une suture du péritoine et la péritonisation complète des surfaces cruentées, en reconstituant une surface séreuse régulière, ont certainement contribué aussi à améliorer les résultats.

## 2. — De la position élevée du bassin.

(N^os^ 72, 137.)

Le premier à Paris, nous avons employé, dès 1890, la position de Trendelenburg dans nos opérations sur l'excavation pelvienne. En dehors des avantages qu'elle présente au point de vue *opératoire*, nous avons montré le bénéfice que l'on pouvait en retirer au point de vue *diagnostic* : le palper bimanuel des organes contenus dans l'excavation devient, comme

l'a montré Jayle, facile lorsque l'élévation du bassin l'a vidé partiellement de son contenu ; de plus, certaines tumeurs, développées aux dépens d'organes normalement situés dans la partie supérieure de l'abdomen et accidentellement descendues dans l'excavation (uronéphrose dans un rein mobile, rate, flottante, etc.), retournent à leur lieu d'origine et se présentent alors avec les caractères habituels aux tumeurs de ces organes, lorsqu'on élève le bassin.

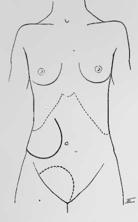


FIG. 15. — Le contour pointillé représente la situation d'une uronéphrose tombée dans le pelvis ; le contour plein, sa situation une fois la malade placée en position élevée du bassin.

### 3. — Les anastomoses intestinales et gastro-intestinales.

(Nos 173, 224, 361 *bis*.)

Chargé au Congrès international des sciences médicales, tenu à Lisbonne en 1906, de faire un rapport sur la question des *anastomoses intestinales et gastro-intestinales*, j'ai envisagé la question *au point de vue de la technique opératoire*.

Le premier point est d'*éviter la contamination du péritoine* pendant l'opération, agissant autant que possible en dehors du ventre et se mettant à l'abri de l'écoulement du contenu digestif dans la plaie. Il faut ensuite qu'après l'opération l'occlusion des cavités soit et reste hermétique, ce qu'on obtient en recourant à des sutures ou à des appareils spéciaux connus sous le nom de boutons.

Le deuxième point est d'avoir un *bon fonctionnement de la bouche* qu'on vient de créer. Il faut pour cela que, l'anastomose établie, les contractions des deux segments anastomosés se fassent dans le même sens, qu'elles soient, comme l'on dit, isopéristaltiques. Il est bon aussi de ne pas supprimer une trop grande étendue du canal intestinal, pour ne pas laisser entre le point malade du conduit digestif et l'anastomose une anse flottante,

dans laquelle peuvent s'accumuler des liquides et aussi pour ne pas diminuer, dans des proportions trop considérables, la surface de la muqueuse absorbante. Il ne faut toutefois pas aller trop loin dans ce sens et ne pas prendre, pour faire une anastomose, deux anses trop voisines d'un néoplasme, sous peine de risquer de voir la bouche anastomotique envahie par le processus cancéreux, comme le fait est survenu chez une de nos opérées.

Suivant le siège et la variété d'anastomose que l'on établit, il y a des particularités qui nécessitent des descriptions spéciales. Aussi avons-nous étudié dans ce travail la manière d'exécuter les *anastomoses termino-terminales*, après pylorectomie, après entérectomie, etc , les *anastomoses termino-latérales* et les *latérales*.

D'une manière générale, dans les anastomoses bout à bout, ce qui est à craindre, c'est une mauvaise réunion, celle-ci pouvant être insuffisante soit immédiatement, soit secondairement par suite d'une mortification partielle à son niveau, conséquence d'une irrigation sanguine insuffisante; dans les anastomoses latérales ce qu'on a à craindre, c'est une circulation imparfaite du conduit digestif. La technique opératoire doit pour chaque opération viser à prévenir ces accidents.

Notre rapport se termine par un exposé des indications générales de ces anastomoses qui trouvent surtout leur indication dans les maladies chroniques du tube digestif, constituant soit à elles seules toute l'opération, n'étant dans d'autres cas que le temps terminal d'une opération d'exérèse, ou le temps préliminaire d'une opération plus radicale.

### 4. — Procédé de suture des organes creux.

(Nos 173, 230.)

Dans toutes nos opérations sur les organes creux, qu'il s'agisse de l'intestin, de l'estomac, de la vessie, etc., que l'on ait à refermer simplement l'organe ouvert ou à l'anastomoser avec un autre organe, soit bout à bout, soit latéralement, nous avons recours au même procédé de suture.

La suture que nous pratiquons est une *suture en surjet* à points entrecoupés, à *deux plans*.

Un premier plan comprend toutes les tuniques : séreuse, musculaire

et muqueuse ; les points de ce plan sont perforants. Cette première suture,



Fig. 16. — Le fil du premier plan de suture, comprenant toutes les tuniques, est placé mais non serré.



Fig. 17. — Le fil du premier plan de suture est serré ; le fil non perforant du deuxième plan est placé mais non serré.

en même temps qu'elle ferme les cavités, assure l'hémostase, supprimant ainsi toute ligature isolée des vaisseaux. C'est une suture *occlusive* et *hémostatique* ; mais, comme les points qui la constituent, sont perforants, qu'elle exposerait, si elle était isolée, à l'infection du péritoine par suite de la possibilité d'une filtration microbienne le long des fils, je l'enfouis sous un deuxième rang de sutures, celles-ci non perforantes ; cette deuxième



Fig. 18. — La suture est terminée.

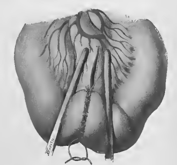


Fig. 19. — Le surjet perforant total est terminé.

suture, qui adosse les séreuses, est *isolante* et prévient toute contamination du péritoine.

Ce mode de réunion, que nous employons depuis 1892, que nous

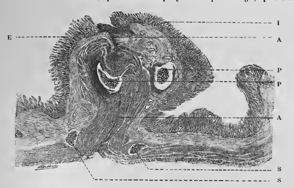



FIG. 20. — Coupe d'une gastro-entérostomie datant de 20 heures.

E, estomac ; — I, intestin ; — P, P, fil de suture perforante ; — S, S, fil de suture non perforante ; — A, adhérence des sous-muqueuses ; — A', adhérence séro-séreuse.

avons pratiqué des centaines de fois, nous a toujours satisfait. Depuis

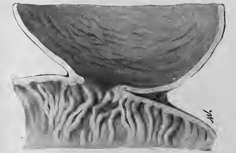


FIG. 21. — Gastro-entérostomie datant de cinq mois.

que nous l'avons préconisé, nous l'avons vu adopter par un grand nombre

de nos collègues en France, où il semble en train de se généraliser. Il est, du reste, pratiqué à l'étranger par un certain nombre de chirurgiens.

La suture isolée, des muqueuses et la ligature des points qui saignent sur la tranche nous semblent des complications inutiles, l'affrontement des muqueuses étant parfait avec la suture totale, comme le montrent les examens histologiques des pièces provenant de nos opérés, et le surjet total à points passés au niveau des vaisseaux saignants suffisant pour en assurer l'oblitération.

### 5. — La péritonite aiguë généralisée aseptique.

(N° 114.)

Contrairement à l'opinion classique qui veut que la péritonite aiguë généralisée résulte toujours d'une infection de la séreuse, nous avons, avec M. Morax, établi l'existence d'une péritonite aiguë aseptique. Celle-ci se développe en particulier à la suite de la rupture de kystes ou de la torsion de tumeurs abdominales, de torsion du pédicule de la rate dans une de nos observations. L'aspect seul du péritoine et de l'exsudat ne permet pas de différencier la péritonite aseptique de la péritonite infectieuse. Les *conditions pathogéniques* de l'affection font soupçonner la nature aseptique du processus inflammatoire ; celle-ci devient évidente à la suite des résultats négatifs de l'*examen bactériologique*.

Nous avons vu la péritonite cesser dès que la tumeur, cause de l'irritation du péritoine, est enlevée, et cela sans le moindre lavage, sans la moindre toilette de la séreuse. Le pronostic de ces péritonites aseptiques est donc relativement bénin, *caractère évolutif* qui contribue à établir une différence capitale entr'elles et les péritonites infectieuses.

### 6. — La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant.

(N° 84.)

Trois laparotomies pour péritonite tuberculeuse chez l'enfant, rapprochées de 45 autres cas, nous ont permis d'étudier avec Aldibert les indications et les résultats de cette opération. Pour apprécier ceux-ci, nous

avons tenu à ne prendre que les observations où la tuberculose était nettement établie, soit par l'examen histologique, soit par la méthode des inoculations ; nous avons de plus recherché les résultats éloignés de l'intervention.

La laparotomie donne des résultats excellents dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant. Il est bon de la faire suivre d'un lavage avec une solution boriquée. Ce lavage ne complique guère l'intervention et assure l'élimination plus complète du liquide tuberculeux, fait important aujourd'hui que l'on sait que les bacilles, même morts, ont encore une action nocive. Le drainage, au contraire, à part le cas de péritonite suppurée, n'a aucune utilité et ne peut qu'être le point de départ d'infections secondaires, de fistules, etc.

L'opération est indiquée lorsque l'état péritonéal semble occuper une place prédominante dans les manifestations tuberculeuses. La fièvre et l'état cachectique, bien loin de contre-indiquer l'opération, nous paraissent, dans les cas où ils sont principalement en rapport avec la lésion péritonéale, une indication formelle à l'intervention, quelle que soit la forme de péritonite en présence de laquelle on se trouve.

## ESTOMAC

### 1. — Diagnostic des maladies chirurgicales de l'estomac.

(N^os 202, 208, 226, 227, 230, 233, 371 *bis*.)

Au point de vue des indications de l'intervention opératoire, la constatation d'une *rétention alimentaire incomplète* est d'une importance capitale, que cette rétention soit déterminée par une sténose pylorique ou qu'elle soit due simplement à une perte partielle de la motilité de l'estomac (ulcère calleux, tumeur, adhérences). Le chirurgien doit donc rechercher avec soin les signes révélateurs de la sténose, les ondulations péristaltiques, etc. Il s'attachera en particulier à la constatation de la stase gastrique le matin, après 14 heures de jeûne absolu. La présence dans les vomissements d'aliments ingérés plusieurs repas auparavant a, de même, une importance fondamentale.

Les douleurs tardives, accompagnées ou non d'autres syndromes dyspeptiques, quelquefois calmées par l'ingestion de nouveaux aliments, nous ont paru en rapport non avec l'hyperchlorhydrie, certaines hyperchlorhydries intenses ne s'accompagnant pas de ces symptômes, mais avec un obstacle à l'évacuation normale du contenu gastrique, qu'il s'agisse d'une sténose ou d'un simple spasme du pylore, lié à l'existence d'un ulcère. Aussi avons-nous décrit, avec Soupault, cet état sous le nom de *syndrome pylorique*, ce syndrome pouvant devenir une indication à l'opération, lorsqu'il est très accentué et rebelle au traitement médical.

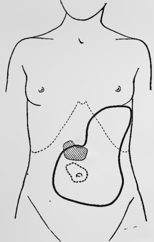


Fig. 22. — Le trait pointillé représente la situation de la tumeur avant insufflation; le trait plein et la partie ombrée le contour de l'estomac et la situation nouvelle de la tumeur après insufflation.

L'étude du *chimisme gastrique*, suivant les méthodes du professeur Hayem, nous a permis, dans bien des cas, de préciser un diagnostic qui, sans lui, serait resté douteux.

*L'examen du sang* nous a montré, à Silhol et à moi, l'importance, pour le diagnostic des néoplasmes, d'une anémie marquée, caractérisée par une diminution considérable de l'hémoglobine, une diminution notable du nombre des hématies, souvent inégaux et déformés, associée à une leucocytose marquée avec proportion élevée des mononucléaires.

Nous avons enfin insisté sur l'importance de *l'insufflation de l'estomac combinée à la méthode dermographique ;* on peut ainsi non seulement dessiner les limites de l'organe mais encore préciser le diagnostic de tumeurs à siège douteux, en montrant leur mobilisation par l'insufflation et, lors de tumeurs pyloriques, leur siège à la jonction des deux courbures, dessinées, après percussion, sur le ventre du malade.

## 2. — Technique de la gastro-entérostomie.

(Nos 230, 368.)

Le grand nombre de gastro-entérostomies que nous avons pratiquées (111 pour cancers, 125 pour lésions non néoplasiques) nous a permis de préciser la meilleure technique pour cette opération.

Toutes les fois qu'elle est possible, nous pratiquons la gastro-entérostomie postérieure. Après avoir déterminé le point déclive de l'estomac, alors qu'il est encore en place dans la cavité abdominale, nous l'attirons à travers un trou fait au mésocôlon. Puis prenant, à partir du pli duodéno-jéjunal, une longueur d'intestin strictement suffisante pour atteindre la portion d'estomac sur laquelle doit porter l'anastomose, nous fixons l'intestin à l'estomac suivant une ligne oblique en bas et à droite, se terminant au point déclive, préalablement déterminé, de la grande courbure. Les cavités ne sont ouvertes que dans la partie voisine de la grande courbure. Une fois les parties remises dans le ventre, comme le pli duodéno-jéjunal est situé à un niveau plus élevé que la grande courbure, il n'y a pas de coudure, le bout afférent se continue directement avec le bout efférent.

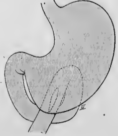


Fig. 23. — Rapports respectifs de l'estomac et du jéjunum; situation de la bouche anastomotique.

Quand cette opération est impossible, nous revenons à la gastro-entérostomie antérieure et si nous sommes dans la nécessité d'établir la bouche sur une portion de l'estomac située très à gauche, nous n'hésitons pas à compléter immédiatement l'opération par une entéro-anastomose entre les branches, ascendante et descendante, de l'anse, faisant cette anastomose au point le plus déclive de la branche ascendante.

### 3. — Résultats immédiats et éloignés de la gastro-entérostomie dans les lésions non néoplasiques de l'estomac.

(Nos 190, 193, 204, 206, 228, 261, 268, 276, 280, 311, 335, 344.)

Dans une série de travaux nous avons cherché à préciser les résultats de la gastro-entérostomie dans les lésions non néoplasiques de l'estomac :

*Résultats immédiats.* — Nos résultats immédiats ont été constamment en s'améliorant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1895-1899. . . . . . . . . . | 21 cas | 5 morts | 23,7 p. 100 |
| 1900-1902. . . . . . . . . . | 34 — | 3 — | 8,8 — |
| 1903-1905. . . . . . . . . . | 48 — | 3 — | 6 — |
| 1906-1908. . . . . . . . . . | 30 — | 0 — | 0 — |

Aujourd'hui nous pouvons dire que la gastro-entérostomie, en dehors du cancer, est une des opérations les plus bénignes de la chirurgie, si elle est faite en temps opportun.

*Résultats éloignés.* — L'examen répété et à longue échéance de malades opérés nous a permis de préciser un certain nombre de points.

A la suite de l'opération, l'état général se relève; les petites poussées fébriles, qui existent quelquefois, cessent, les forces reviennent, le poids augmente progressivement et quelquefois d'une manière considérable, de 15 à 25 kilogrammes : le nombre des hématies se relève ainsi que la proportion de l'hémoglobine. La constipation disparaît, les urines deviennent plus abondantes et leur teneur en urée s'élève.

Les douleurs, les vomissements et les hémorragies cessent le plus souvent.

La dilatation de l'estomac diminue, sans que cependant l'organe revienne toujours à des dimensions normales; les dilatations persistantes nous paraissent en rapport le plus souvent avec des altérations de la musculature ou avec des adhérences périgastriques. Des tumeurs inflammatoires peuvent disparaître.

Malgré l'existence d'une bouche gastro-jéjunale, l'estomac fonctionne en tant que réservoir, le nouvel orifice étant continent, comme le prouvent la possibilité de l'insufflation de l'organe et le tubage de l'estomac après repas d'épreuve.

D'une manière générale, l'hypersécrétion à jeun, compliquée ou non de stase, disparaît dans la très grande majorité des cas. L'hypersécrétion digestive s'atténue aussi et d'autant plus qu'on s'éloigne davantage de l'opération; enfin le taux de l'acidité s'abaisse, mais dans de moindres proportions. Dans un très grand nombre de cas, nous avons constaté pendant la période de digestion gastrique l'arrivée de la bile dans l'estomac, alors qu'à jeun on n'en trouvait pas la moindre trace.

L'amélioration apportée par l'opération à l'état des malades est variable suivant les cas. Maxima chez les porteurs d'une sténose serrée, elle a été moindre chez ceux dont la sténose était peu marquée. Les plus mauvais résultats ont été observés chez des femmes atteintes de rétrécissements peu serrés avec dislocation verticale de l'estomac et ptoses viscérales multiples. Ils ont de même été très médiocres dans les cas où l'ulcère avait déterminé le développement d'une périgastrite adhésive étendue.

Rarement nous avons vu, après une gastro-entérostomie, les troubles liés à un ulcère se reproduire. Le fait a cependant été noté chez quelques-uns de nos opérés. La gastro-entérostomie ne suffit, en effet, pas toujours pour amener à elle seule la guérison d'un ulcère, mais, dans ces cas mêmes, elle est utile, car elle met des malades jusqu'alors incurables en état de guérir par un traitement médical approprié.

Dans 3 cas nous avons vu, plusieurs années après une gastro-entérostomie pour ulcére, les malades se présenter avec un néoplasme de l'estomac, point important à noter au point de vue du choix de l'opération lorsqu'on est décidé à intervenir.

## 4. — Symptomatologie et traitement de l'estomac biloculaire.

(N° 371 *bis*.)

A propos d'un rapport sur une observation de sténose médio-gastrique adressée à la Société de Chirurgie par M. Tesson, nous avons exposé la symptomatologie et le traitement de l'estomac biloculaire.

La *gastrodiaphanoscopie* et la *gastroscopie* ne nous paraissent pas des moyens d'exploration usuels ; la *radioscopie* peut rendre des services, mais demande à être interprétée. Sur un de nos opérés, elle montrait une poche à gauche de la ligne médiane descendant presque verticalement en bas,

puis un canal transversal sans aucune dilatation ; il y avait un bissac, mais le bismuth, dès qu'il avait franchi le rétrécissement, passait dans l'intestin sans distendre la seconde poche, qui n'apparaissait à l'écran que comme une continuation de la portion rétrécie.

Réciproquement, nous avons vu à l'écran, avec Baret, des estomacs en bissac typiques alors qu'il ne s'agissait que d'estomacs ptosés ; il y avait à l'union de la portion verticale et de la portion horizontale un rétrécissement manifeste. Dans ces cas, le diagnostic de fausse biloculation peut être facilement établi. Il suffit de comprimer la dilatation inférieure pour voir le rétrécissement disparaître par suite de l'ascension du liquide qui le dilate.

Les *procédés habituels d'examen* de l'estomac suffisent souvent pour faire le diagnostic du bissac. Quelquefois, au cours de cet examen, on entend des bruits bullaires, un bruit de glou-glou au niveau du point rétréci, assez intense pour être perçu par le malade lui-même et pouvant être provoqué par la compression successive des deux côtés du ventre.

Après cathétérisme et évacuation aussi complète que possible du contenu stomacal, alors que la sonde ne ramène plus rien, on trouve encore quelquefois un bruit de clapotage, qui s'explique par ce fait que du liquide reste dans la poche pylorique où la sonde ne pénètre pas.

Le lavage de l'estomac peut aussi faire constater des particularités. Le liquide, après s'être éclairci, revient sale et mêlé de débris alimentaires, signe que la deuxième poche s'est vidée dans la première, qui, seule jusqu'alors, avait été lavée.

Le dessin sur la paroi abdominale de l'estomac insufflé montre quelquefois nettement la biloculation. L'existence d'une poche sonore surmontant une autre poche clapotante fait penser à une poche cardiaque insufflée, une pylorique pleine de liquide.

La limitation à gauche de la ligne médiane de la poche insufflée fait aussi penser à l'estomac en bissac, le pylore se trouvant toujours à droite de la ligne médiane.

Au *point de vue opératoire*, il est nécessaire de *toujours examiner la totalité de l'estomac* lorsqu'on opère un malade présentant des signes de sténose, faute de quoi on est exposé à méconnaître un estomac en bissac et à établir une gastro-entérostomie sur la poche pylorique, qui atteint quelquefois des dimensions considérables.

La biloculation reconnue, il faut *voir s'il y a ou non sténose pylorique*.

*Si le pylore est rétréci*, il faut recourir à la gastro-entérostomie sur la

poche cardiaque. Lorsque cette dernière a de petites dimensions par rapport à la poche pylorique, il est indiqué de faire une gastro-entérostomie double.

*Si le pylore est sain*, on a le choix entre la gastro-entérostomie, la gastroplastie et la gastro-gastrostomie. La première de ces opérations est indiquée quand la poche pylorique est petite; la gastroplastie convient aux cas de rétrécissement cicatriciel court et mobile, la gastro-gastrostomie aux sténoses longues et étroites, surtout quand la poche cardiaque est petite.

Quand il s'agit d'une *sténose néoplasique*, il est évident que la résection s'impose toutes les fois qu'elle est techniquement possible.

## 5. — Indications opératoires dans les lésions non néoplasiques de l'estomac.

(Nos 276, 344, 381 *bis*.)

Nous rejetons d'une manière absolue l'idée, émise par un certain nombre de nos collègues, que toute dyspepsie rebelle est justiciable de la chirurgie. Il faut en particulier se méfier des dyspepsies nerveuses, se rappelant toutefois que les troubles nerveux sont fréquents chez les malades souffrant de l'estomac et que, par conséquent, en présence d'un nerveux dyspeptique, il faut faire la part de ce qui revient à la lésion stomacale et de ce qui dépend du système nerveux.

L'indication opératoire la plus fréquente est celle qui est fournie par l'ulcère de l'estomac, en particulier par l'*ulcère compliqué*.

Pour les *perforations aiguës* avec péritonite généralisée, de même que pour les perforations *lentes* avec abcès sous-phrénique, il n'y a pas de discussion. Il ne devrait pas y en avoir non plus pour les *sténoses pyloriques*; l'hésitation n'était permise qu'à une époque où les risques opératoires étaient considérables. L'indication est identique pour l'*estomac biloculaire*, qui, pas plus que la sténose pylorique, ne peut guérir par le traitement médical.

Les *adhérences périgastriques* sont aussi une indication au traitement chirurgical, qu'il s'agisse d'adhérences limitées, point de départ de douleurs gastralgiques, ou d'adhérences étendues aboutissant à la formation de tumeurs véritables.

Dans la grande *hématémèse* nous rejetons l'intervention ; au contraire,

les petites hématémèses répétées, surtout si elles accompagnent une sténose pylorique, constituent une indication nette à l'opération.

Quant aux *ulcères non compliqués*, ils guérissent le plus souvent par un traitement médical bien dirigé. Nous croyons cependant que, chez les malades qui présentent un syndrome pylorique net, il n'y pas lieu de s'attarder trop longtemps à un traitement médical.

La *gastrosuccorrée* et l'*hyperchlorhydrie rebelles*, symptomatiques d'un rétrécissement pylorique léger ou d'un ulcère méconnu, peuvent aussi constituer une indication opératoire, dans les cas où elles coïncident avec le syndrome pylorique.

En dehors de l'ulcère, nous ne sommes intervenu que deux fois pour des *dilatations* énormes *avec dislocation verticale* de l'estomac. Nous y avons été conduit par le dépérissement extrême des malades qui approchaient de la cachexie. Le simple traitement médical, combiné au port d'une ceinture appropriée, suffit en général pour amener la guérison.

L'intervention décidée, tout n'est pas dit, il faut fixer la *nature de l'opération*. C'est à la gastro-entérostomie que nous avons eu le plus souvent recours. La résection mérite de conserver une place; on devra la pratiquer toutes les fois qu'il y aura des doutes sur la possibilité d'une greffe épithéliale secondaire, ou même dans les simples ulcères calleux lorsqu'il n'y aura pas de conditions spéciales (adhérences, etc.) rendant cette opération dangereuse.

Vu la possibilité de la concomitance d'un ulcère ou d'un rétrécissement duodénal, il faut, après les résections, toujours terminer l'opération par la fermeture des deux bouts avec gastro-entérostomie.

Pour l'estomac en sablier, la gastro-entérostomie sur la poche cardiaque nous semble le procédé de choix.

Lors d'adhérences localisées, la simple section des brides suffit; lors d'adhérences étendues, il faut joindre à la libération une gastro-entérostomie. Dans un cas, nous avons en même temps plissé l'estomac, puis enfoui la surface plissée sous l'épiploon gastro-hépatique suturé à la grande courbure, ce qui eut l'avantage de péritoniser, pour ainsi dire, la surface dénudée et de réaliser sur l'estomac, abaissé dans ce cas, une sorte de gastropexie indirecte par suspension au petit épiploon raccourci.

Dans les cas exceptionnels de dilatation avec dislocation verticale, où l'opération nous a paru indiquée, nous avons combiné la gastroplication à une gastropexie.

### 6. — Résultats immédiats et éloignés de l'intervention opératoire dans le cancer de l'estomac.

(Nos 163, 174, 187, 195, 205, 209, 338, 393.)

La *jéjunostomie*, qui ne prolonge la vie des malades que pour un court laps de temps et au prix d'une réelle infirmité, nous semble pouvoir être laissée de côté ; nous ne l'avons pratiquée que deux fois.

111 gastro-entérostomies nous ont donné 19 morts, 17 p. 100 ; 58 résections, 16 morts, 27 p. 100.

Le bénéfice, obtenu à la suite de la *gastro-entérostomie*, est en rapport avec le degré de la sténose pylorique. Moins la sténose est serrée, moins l'amélioration est considérable. Chez les malades n'ayant ni stase gastrique ni douleurs tardives, l'amélioration a été à peu près nulle. Aussi avons-nous abandonné la gastro-entérostomie dans ces cas.

La durée de la survie a été des plus variables : d'un mois à 2 ans et demi, en moyenne 6 mois. Le gros avantage de la gastro-entérostomie dans le cancer pylorique, c'est qu'elle supprime les vomissements et les douleurs et permet souvent aux malades de s'éteindre doucement et sans grande souffrance.

Au point de vue des résultats éloignés, nos *gastrectomies* ont donné les résultats suivants :

21 malades sont morts après 5 mois et demi, 6, 7, 10, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 20, 21 mois, 2 ans, 2 ans et 1 mois, 3 ans, 3 ans et 4 mois, 5 et 6 ans.

Un est atteint de récidive et vivant après 15 mois.

Un a un épithélioma pavimenteux de l'œsophage sans récidive locale, 11 mois après la pylorectomie.

Un a succombé, 2 ans après l'opération, à des accidents d'occlusion par cancer du côlon ; à l'autopsie il n'y avait pas de récidive locale.

Une malade est morte d'accidents pulmonaires 6 ans après l'opération ; 9 sont sans récidives après 1 an et 9 mois, 2 ans, 3 ans et 5 mois, 4 ans et 1 mois, 4 ans et 5 mois, 6 ans, 6 ans et 3 mois, 7 ans, 8 ans et 9 ans.

Chez 2 de ces 9 malades, j'ai dû intervenir secondairement une fois après 3 ans pour enlever un kyste mucoïde de l'ovaire, une fois après 4 ans pour extirper un volumineux fibrome utérin (15 kilogrammes).

3 malades ont été perdus de vue; les autres sont bien portants, mais nous ne pouvons encore parler pour eux de résultats éloignés.

L'observation prolongée de nos gastrectomisés pour cancer permet donc de dire que si l'on n'est pas autorisé à affirmer la réalité de la cure radicale du cancer de l'estomac, pas plus que celle de tout autre cancer, les résultats actuellement obtenus sont tels que pratiquement il s'agit, pour un certain nombre de malades, de véritables guérisons.

## 7. — Technique de la pylorectomie.

(Nos 213. 218, 228, 230, 393.)

Pour obtenir, après la pylorectomie, des guérisons durables, il faut, comme pour tout cancer, enlever la totalité des parties envahies. Aussi avons-nous pensé, avec notre élève Cunéo, qu'il était intéressant de *reprendre, au point de vue chirurgical, l'anatomie pathologique du cancer de l'estomac*.

L'étude de nos pièces nous a montré que :

1° Le cancer se propage peu vers le duodénum ;

2° Il s'étend surtout vers l'estomac, en particulier vers la petite courbure ;

3° Il envahit le plus souvent les ganglions lymphatiques, en particulier ceux qui siègent le long de la petite courbure.

Il faut donc faire sur l'estomac des résections étendues, enlever presque toute la petite courbure et extirper, en même temps que les ganglions rétro-pyloriques et les sous-pyloriques, le groupe des ganglions de la petite courbure.

Comme ce groupe se trouve le long de la branche droite de l'artère coronaire, à une certaine distance du pylore, que, de plus, les ganglions qui le composent sont en contact direct avec l'estomac, nous trouvons dans la nécessité de son ablation une deuxième raison pour enlever la presque totalité de la petite courbure.

Ces données établies, nous avons cherché à régler la meilleure technique permettant l'ablation de toutes les parties envahies.

Nous conseillons de commencer par effondrer les épiploons, en ayant soin de lier le grand à une certaine distance de l'estomac, au-dessous des

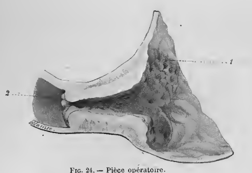



Fig. 24. — Pièce opératoire.
Le cancer se termine vers le duodénum sain en formant une sorte de bouchon (2). se propage (1) vers l'estomac, particulièrement dans la région de la petite courbure.

ganglions envahis le long de la grande courbure. Ceux-ci diffèrent des

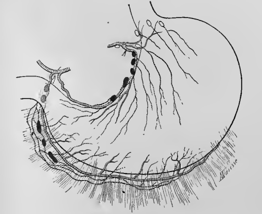


Fig. 25. — Les ganglions, le plus souvent pris dans le cancer du pylore, sont marqués en noir. Une ligature est placée sur le point où l'on doit lier la coronaire stomachique.

ganglions de la petite courbure, en ce qu'ils ne sont pas immédiatement au contact de l'estomac, adhérant même quelquefois au mésocôlon transverse.

Faisant alors relever le foie et attirant l'estomac en bas, on expose aux yeux la faux de l'artère coronaire; on la lie et on la sectionne. Cela



Fig. 26. — Pièce opératoire.
Vue postérieure; en arrière et au-dessous du pylore, chaîne ganglionnaire; à distance le long de l'artère coronaire un gros ganglion dégénéré.

fait, on place des pinces à mors élastiques sur l'estomac, aussi près que possible du cardia. On sectionne le viscère et on le rabat vers la droite.

Un coup de sonde cannelée, donné dans le sillon pyloro-pancréatique, met à nu l'artère gastro-duodénale, qui se trouve immédiatement au-dessous du péritoine, au fond de l'espace angulaire résultant de la jonction de la première portion du duodénum et du pancréas. On la lie d'autant plus facile-

ment qu'à ce niveau elle est isolée, la veine qui l'accompagnait l'ayant quittée pour aller, vers le bord inférieur du pancréas, se jeter dans la veine mésentérique supérieure.

Il ne reste plus, pour terminer l'opération, qu'à extirper le pylore avec les ganglions rétro-pyloriques. La ligature préalable de la gastro-duodé-

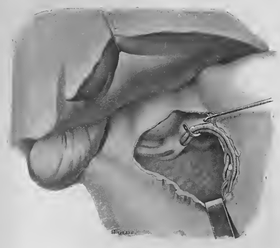


Fig. 27. — Le foie est relevé, l'artère coronaire stomachique est chargée près du cardia. Au dessus du point où va porter la ligature, on voit un ganglion lymphatique petit et non envahi; le long des branches descendantes droites de l'artère, tout contre l'estomac, on voit, au contraire, des ganglions plus gros, atteints de dégénérescence épithéliomateuse.

nale facilite ce temps de l'opération en prévenant l'hémorragie qui, sans elle, suit l'ablation du paquet ganglionnaire quand on le sépare du pancréas.

On termine par un quelconque des procédés d'anastomose, l'implantation duodéno-gastrique ou la suture termino-terminale s'il reste un segment duodénal mobilisable, la fermeture des deux bouts avec gastro-entérostomie dans les autres cas.

En suivant le procédé que nous venons d'indiquer et qui repose à la fois sur les données de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique,

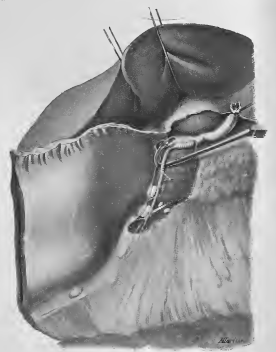


Fig. 28. — Ligature de la gastro-duodénale dans le sillon pancréatico-duodénal.

on lie les troncs vasculaires au lieu de perdre du temps et du sang en pinçant tous les points qui saignent à mesure qu'on les coupe, et, en même temps, on enlève largement les régions qui sont, d'une manière générale, envahies par le cancer.

### 8. — La perforation aiguë de l'ulcère de l'estomac et son traitement.

(N° 175.)

Le diagnostic de la perforation aiguë d'un ulcère de l'estomac peut se faire en se fondant sur les signes suivants : antécédents gastriques, douleur brusque, violente à l'épigastre avec dyspnée phrénique, pneumatose abdominale.

Le traitement consiste dans la laparotomie immédiate, suivie de l'enfouissement de la perforation sous une suture. Lorsque celle-ci est impossible, il faut établir un large drainage et limiter la cavité avec des mèches de gaze stérilisée. Ce traitement suffit quelquefois pour obtenir la guérison, comme le montre une de nos observations.

### 9. — Le rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures et son traitement.

(N° 144.)

A propos d'un cas personnel de gastro-entérostomie pour rétrécissement cicatriciel du pylore, suivie de guérison, nous avons réuni vingt observations d'intervention opératoire pour de semblables lésions. L'étude critique de ces opérations nous a conduit à rejeter, pour ces cas, la pyloroplastie et la résection du pylore. La gastro-entérostomie semble l'opération de choix.

### 10. — La gastrostomie dans le cancer de l'œsophage.

(Nos 71, 164, 228, 230.)

La gastrostomie, n'étant indiquée dans le cancer de l'œsophage que comme opération palliative, doit, pour remplir son but, être sans gravité opératoire et ne s'accompagner secondairement d'aucune complication pouvant devenir pour le malade une cause de tourments (incontinence de l'orifice, érythèmes de la paroi abdominale, etc.).

En présence de l'inefficacité des divers obturateurs, qui n'aboutissent qu'à dilater la fistule, nous nous sommes contenté de réduire à son mini-



FIG. 29. — L'estomac attiré est fixé aux lèvres fibro-séreuses de l'incision médiane profonde.

mum l'ouverture de l'estomac et nous avons alimenté les malades avec une sonde uréthrale en caoutchouc rouge, n° 13 ou 14, introduite au moment de chaque repas. Le résultat a été excellent et notre pratique a été immédiatement suivie par notre maître Terrier et par plusieurs autres chirurgiens.

Le point important est d'obtenir la formation d'un canal d'une certaine longueur, constitué par l'adossement de plis muqueux.

Pour concilier les avantages de l'incision médiane, incontestablement supérieure au point de vue de l'exploration, avec ceux de l'incision latérale, qui, traversant une grande épaisseur de muscles, assure la formation d'un canal d'une certaine longueur, nous opérons de la manière suivante :



Fig. 30. — L'estomac, fixé à l'incision du péritoine, est attiré entre la face profonde du muscle droit et le feuillet postérieur de sa gaine, puis entre deux faisceaux du muscle.

Incision verticale de la paroi, à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane, ouverture de la gaine du muscle droit. La lèvre interne de l'incision étant réclinée en dedans, nous incisons le feuillet profond de la gaine et le péritoine sur la ligne médiane. L'estomac saisi est attiré, fixé par un surjet séro-séreux aux lèvres de l'incision péritonéale. Après dissociation, avec la sonde cannelée, des fibres du muscle droit, nous insinuons l'estomac entre le feuillet profond de la gaine et le muscle, puis l'attirons à travers la boutonnière musculaire. Fixation de l'estomac au feuillet antérieur de la gaine. Ouverture du viscère et suture de la muqueuse à la peau.

On a ainsi des fistules continentes, ce qui permet d'établir précocement

la bouche, le malade se trouvant dans les mêmes conditions qu'après une gastropexie. L'avantage de cette fistule précoce est que, le jour où le malade ne peut plus rien avaler et où le chirurgien doit recourir à l'alimentation artificielle, on n'a pas à faire à l'aveugle une ouverture de la portion fixée, comme après la gastropexie. La fistule a été régulièrement établie ; elle est bien constituée et prête à servir à l'alimentation.



Fig. 31. — La muqueuse stomacale est suturée à la peau.

## 11. — Des moyens de diminuer la mortalité immédiate après les opérations sur l'estomac.

(N° 393.)

*Avant l'opération*, nous faisons nettoyer avec le plus grand soin la bouche et les dents de nos malades et nous lavons l'estomac.

*Pendant l'opération*, si les malades sont très débilités, nous évitons l'anesthésie générale et nous contentons de l'anesthésie locale, à la cocaïne ou à la stovaïne; nous ne faisons pas d'emblée la résection de l'estomac, mais opérons en deux temps, faisant dans un premier temps une gastro-entérostomie, puis réséquant les parties malades dans un deuxième temps, après 10 à 20 jours, laps de temps suffisant pour permettre aux malades de s'alimenter et de se remonter.

*Après l'opération*, nous alimentons immédiatement les malades, n'hésitant pas à laver l'estomac en cas de vomissements, d'élévation de température ou de sécheresse de la langue. Lorsqu'il y a des régurgitations bilieuses, nous faisons suivre ces lavages de l'introduction immédiate par le tube de 100 à 150 centimètres cubes de lait. Cette sorte de chasse à l'égout supprime souvent des régurgitations bilieuses, qui ne sont certainement pas dues à un circulus viciosus vrai, puisqu'on les observe aussi bien après une pylorectomie suivie d'implantation duodéno-gastrique qu'après une gastro-entérostomie. S'il y a de la diarrhée, ce qui n'est pas rare, nous faisons un lavage de l'estomac et donnons immédiatement du laudanum; enfin nous surveillons avec le plus grand soin l'état des poumons, les complications de ce côté étant un des facteurs les plus importants de la mortalité immédiate.

### 12. — Kyste hydatique de l'estomac.

(N° 389.)

Rapport sur une observation de kyste hydatique de la paroi stomacale présentée à la Société de Chirurgie par M. Dujarrier. Cette observation semble jusqu'à présent unique.

### 13. — Lipomes de l'estomac.

(N° 330.)

A propos d'une pièce de lipome de l'estomac présentée à la Société de Chirurgie par M. Bénaky, nous avons insisté sur la rareté de cette variété de tumeur, dont nous n'avons trouvé que quatre observations. Comme le lipome se présente ici avec ses caractères habituels, encapsulement et énucléation facile, nous croyons que l'énucléation après gastrotomie préliminaire constitue le traitement de choix.

### 14. — Varicocèle symptomatique du cancer de l'estomac.

(N° 276.)

On connaît depuis longtemps le varicocèle symptomatique des tu-

meurs du rein. Personne avant nous n'avait cependant, croyons-nous,

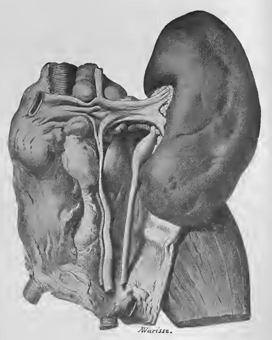



Fig. 32. — Ganglions lombo-aortiques secondaires à un cancer de l'estomac. Compression des vaisseaux spermatiques. Varicocèle symptomatique.

signalé un varicocèle symptomatique du cancer de l'estomac. Ce varicocèle existe cependant; il est en rapport avec la compression des veines spermatiques par les ganglions lombo-aortiques dégénérés.

# INTESTIN

## 1. — Occlusion intestinale.

(Nos 24, 136, 166 *bis*, 177.)

Dans plusieurs communications à la Société de chirurgie, nous avons montré, avec faits à l'appui, que si l'anus artificiel trouve souvent son indication dans les *occlusions à marche chronique*, dans les *occlusions aiguës* la laparotomie constitue l'opération de choix. Dans un grand nombre d'occlusions par volvulus, c'est la distension de l'anse volvulée qui, à elle seule, constitue le ballonnement, si bien qu'un anus artificiel est nécessairement pratiqué sur elle et par là même est sans aucune utilité. De même dans les hernies rétro-péritonéales, dans les étranglements au niveau de sacs intra-abdominaux, dans ceux par brides, l'anus artificiel n'empêche pas au niveau de l'étranglement les lésions gangreneuses de continuer leur évolution et par conséquent laisse mourir les malades. On ne fait du reste à la laparotomie qu'une objection, celle de sa gravité ; mais cette dernière ne dépend que du retard apporté à l'intervention. Tous les cas de morts, que nous avons à regretter, ont trait à des étranglements datant de cinq, six, sept et huit jours; tous les cas opérés dans les quatre premiers jours ont guéri. Notre statistique montre donc que la laparotomie précoce, qui permet le traitement complet des lésions, ne présente aucune gravité si l'on n'a pas abusé du traitement médical et que, par suite, dans l'occlusion aiguë, elle constitue le traitement de choix.

Dans le *volvulus*, dont nous avons publié une série de cas, nous avons insisté sur l'importance de la distension gazeuse de l'anse tordue. Depuis la publication de nos observations, le même fait a été noté par bon nombre d'observateurs, par Broca, par Péraire et surtout par von Wahl, qui, de son côté, a insisté sur ce point dans un important mémoire sur le volvulus.

Parmi les faits rares d'occlusion aiguë que nous avons publiés, nous citerons un cas *d'étranglement par persistance d'un canal omphalo-mésentérique* se terminant dans un bourgeon au niveau de la cicatrice ombilicale. La résection de l'ombilic, du canal et de l'anse étranglée, avec entérorraphie cir-

eulaire, fut suivie de guérison. A eette époque, on ne eonnaissait que deux eas analogues, un de Leisrink, un de Max Jordan, tous deux terminés par la mort.

### 2. — Exclusion de l'intestin.

(N° 278.)

Chargé d'un rapport sur cette question au Congrès français de ehirurgie de 1903, nous avons eu l'occasion d'exposer, aussi eomplètement que nous l'avons pu, l'état de cette question.

Nous réservons le terme *d'exclusion* aux entéro-anastomoses dans lesquelles on interrompt par une ou deux sections la continuité de l'intestin. L'exelusion est *uni* ou *bilatérale*.

L'unilatérale peut être fermée, fistulisée à la peau; le segment susjacent à l'obstacle peut être abouché à la peau ou implanté dans l'intestin.

La bilatérale peut être fermée (en anneau, en boudin) ou ouverte (avec fistulisation, avec abouehement du bout proximal ou du bout distal à la peau, avec abouchement des deux bouts à la peau).

Lorsque la nécessité préalable d'une exclusion n'est pas établie, il faut inciser au niveau de la partie malade, ne recourant à l'exclusion que comme pis-aller lorsque le traitement direct de la lésion est reconnu impossible au cours de l'intervention. Lorsque l'on part d'emblée pour une exclusion, en présenee, par exemple, d'un énorme gâteau inflammatoire avee fistules pyostercorales multiples, il faut inciser à distance de manière à éviter la contamination de la plaie et à pouvoir s'orienter faeilement.

L'exclusion bilatérale fermée doit être rejetée à cause des dangers qui résultent de l'accumulation des sécrétions intestinales dans le segment exclu. L'exclusion bilatérale fistuleuse convient à certaines fistules stercorales ou pyostercorales dont le traitement direct semble offrir des dangers. Elle est applicable aussi au traitement de certaines affections inflammatoires chroniques, tuberculeuses ou autres, cas où l'on peut espérer par la mise au repos une amélioration locale permettant une extirpation seeondaire. L'exclusion unilatérale trouve son indication dans certains néoplasmes, dans des colites graves, dans la constipation rebelle avec dilatation du gros intestin, après certaines résections du côlon où l'on ne peut rapprocher les deux bouts par suite de leur fixité.

### 3. — L'iléo-rectostomie.

(Nos 75, 331, 350, 368.)

On a souvent publié, sous le nom d'iléo-rectostomie, des observations d'anastomoses entre l'iléon et la portion d'intestin autrefois considérée comme première portion du rectum, aujourd hui rattachée au côlon pelvien. L'anastomose de l'iléon avec le rectum proprement dit n'a, au contraire, été qu'exceptionnellement pratiquée. Trois fois nous avons eu l'occasion d'exécuter cette opération, anastomosant l'iléon avec la face antérieure du rectum, un peu au-dessus du fond du cul-de-sac prérectal, en un point où l'intestin est déjà sous-péritonéal dans toute sa face postérieure. Nos trois malades ont guéri.

A propos de ces faits, nous avons insisté sur la grande difficulté que présentait la méthode des sutures, à cause de la profondeur de l'endroit où l'on opère, et sur les avantages de l'anastomose avec le bouton de Murphy, suivant le procédé de Lardennois.

### 4. — Duodénostomie.

(Nos 240, 246, 276.)

A propos d'un cas de duodénostomie, pour brûlure grave de l'estomac, nous avons étudié cette opération, qui n'a encore été que rarement pratiquée. Notre opération, suivie de succès, constitue le premier cas de duodénostomie en un temps. La duodénostomie présente d'une manière générale les mêmes indications que la jéjunostomie et lui est supérieure toutes les fois qu'elle n'est pas impraticable, parce qu'elle ne supprime pas une portion du canal intestinal importante par les conduits qui s'y ouvrent, canal cholédoque et canal de Wirsung.

### 5. — Jéjunostomie.

(N° 306.)

Au cours d'une discussion à la Société de chirurgie, j'ai montré l'inu-

tilité de la jéjunostomie en Y, la nécessité de faire un orifice petit, de n'injecter par la bouche artificielle que peu de liquide à la fois.

La fistulisation de l'intestin, qu'à cette époque nous admettions encore dans les cancers inextirpables avec intolérance gastrique absolue, nous semble ne présenter, en pareils cas, que des avantages très contestables. Son indication se présente surtout dans les sténoses pyloriques consécutives aux brûlures, lorsque la gastro-entérostomie est contre-indiquée par suite de l'existence de sténoses concomitantes de l'œsophage, de lésions ulcéreuses graves de la paroi stomacale ou d'une rétraction cicatricielle générale de l'organe. Mettant l'estomac au repos absolu, elle est susceptible de rendre aussi des services dans certaines formes d'ulcère avec symptômes graves, rebelles à nos traitements habituels.

### 6. — Résection de l'intestin grêle pour rétrécissement tuberculeux. Guérison.

(N° 328.)

Ce cas est le premier opéré à Paris. Le rétrécissement était dû à une ulcération tuberculeuse complètement cicatrisée et guérie par sclérose ; au-dessus du rétrécissement existait une ulcération tuberculeuse encore en activité, comme nous l'ont montré l'examen histologique et l'inoculation au cobaye.

Au point de vue symptomatique, on avait noté chez ce malade l'existence d'une zone de matité se déplaçant avec les changements de position, des ondulations péristaltiques et un bruit de clapotement, tous signes de sténose de l'intestin grêle avec dilatation de l'anse sus-jacente.

### 7. — Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale.

(Nos 113 354, 372, 382, 398.)

Laissant de côté la tuberculose de l'appendice, nous avons à envisager, au point de vue chirurgical, les perforations, les rétrécissements cicatriciels, la tuberculose hypertrophique ou inflammatoire.

Les *perforations* siègent le plus souvent sur l'iléon, quelquefois sur le cæcum et l'appendice, beaucoup plus rarement sur le côlon ascendant et

sur le duodénum. Lorsque la perforation se fait en péritoine libre, elle provoque le développement d'une péritonite généralisée, que l'intervention chirurgicale n'a guère de chances d'enrayer. Lorsqu'elle a lieu dans un espace circonscrit par des adhérences, la large incision du foyer amène quelquefois la guérison ; s'il persiste une fistule pyostercorale, on peut secondairement agir en réséquant l'anse malade ou en l'excluant de la circulation intestinale.



Fig. 33. — Tuberculose hypertrophique du cæcum.

Les *rétrécissements* sont uniques ou multiples, généralement de peu d'étendue ; au-dessus du point rétréci l'intestin présente, dans un certain nombre de cas, des ulcérations. Rares dans les rétrécissements tuberculeux du gros intestin, ces ulcérations sont fréquentes sur le grêle où l'on voit l'anse sus-jacente se dilater, s'hypertrophier et prendre quelquefois des proportions assez grandes pour simuler un estomac.

La *tuberculose hypertrophique* a été longtemps confondue avec les tumeurs malignes ; nous l'avons nettement différenciée de celles-ci dans un mémoire, publié en 1891 en collaboration avec Pilliet. Observée et

décrite tout d'abord au niveau du cæcum, elle a été ensuite constatée sur le rectum, où elle était confondue avec les rétrécissements dits autrefois syphilitiques. Enfin on l'a notée sur le côlon. A l'ordinaire le foyer de tuberculose hypertrophique est unique; nous avons cependant publié des faits de tuberculoses hypertrophiques multiples du gros intestin. Sur l'intestin grêle elle est plus rare.

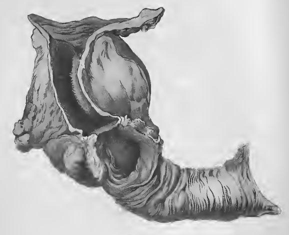


Fig. 31. — Tuberculose du cæcum avec épaississement scléro-adipeux considérable.

Dans tous les cas, ce qui frappe, c'est l'épaississement des parties, épaississement tel qu'on croit à une véritable tumeur, d'autant plus qu'autour de la partie malade se dépose ordinairement une masse scléro-adipeuse. Contrairement aux rétrécissements cicatriciels, les rétrécissements déterminés par la tuberculose hypertrophique occupent en général une certaine longueur de l'intestin. La muqueuse, ulcérée à leur niveau, présente le plus souvent à sa surface des végétations polypiformes.

Au microscope, les lésions diffèrent de la tuberculose vulgaire en ce qu'il existe, en même temps que des lésions tuberculeuses quelquefois peu

développées, d'autres modifications de la paroi intestinale, consistant principalement en une infiltration embryonnaire diffuse, surtout marquée au niveau de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse. Ces lésions inflammatoires sont si marquées que nous avions primitivement cru devoir parler

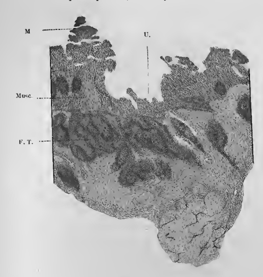



Fig. 35. — Coupe d'une tuberculose cæcale ulcérée.
U, ulcération ; — M, muqueuse ; — Musc., tunique musculaire ; — F. T., follicules tuberculeux.

de *typhlite tuberculeuse*, de *rectite tuberculeuse hypertrophiante et sténosante*.

La *symptomatologie* dépend plus du siège du rétrécissement, intestin grêle ou gros, que de sa nature, cicatricielle ou hypertrophique.

Les *sténoses de l'intestin grêle*, après une période de troubles gastro-intestinaux vagues, se manifestent par des signes plus caractéristiques, douleur survenant deux à trois heures après le repas, augmentant progres-

sivement, s'accompagnant du développement d'une tuméfaction localisée, puis de bruits musicaux qui marquent la fin de la crise. La constatation d'ondulations péristaltiques, un bruit de clapotage, quelquefois le déplacement d'une zone de matité constituent encore de bons signes. Rarement on sent une tumeur vraie.

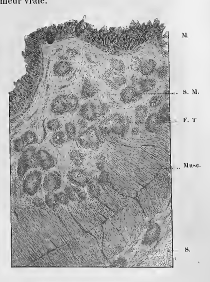



FIG. 36. — Coupe d'une tuberculose cæcale non ulcérée.

M., muqueuse ; — S. M., sous-muqueuse ; — F. T., follicules tuberculeux ; — Musc., musculaire ; — S., séreuse.

Dans les *tuberculoses du gros intestin*, on trouve, au contraire, le plus souvent une tumeur qui, de temps en temps, est le point de départ de poussées inflammatoires, simulant une appendicite ou une périsigmoïdite, suivant le siège de la lésion. Quelquefois même il y a formation d'abcès.

La maladie peut se compliquer d'accidents : La perforation est rare, les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale correspondant

à des lésions tuberculeuses en voie de cicatrisation, ou à des formes hypertrophiques. L'occlusion est plus fréquente, soit qu'elle résulte de

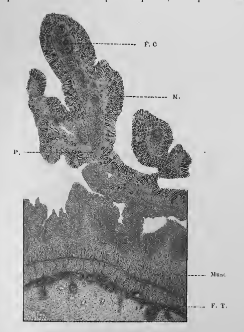



Fig. 37. — Coupe d'une végétation polypeuse.

P., végétation polypeuse ; — F. C., follicule clos ; — M, muqueuse, — Musc., musculaire ; — F. T, — follicules tuberculeux.

l'aggravation progressive du rétrécissement, soit qu'il y ait adhérences, coudures de l'intestin, etc.

Nous avons eu des guérisons à la suite d'une simple *laparotomie exploratrice*, celle-ci faisant céder le spasme qui accompagne une sténose

légère, ou amenant des modifications heureuses sur une tuberculose encore en voie d'évolution. Il ne faut toutefois pas y compter. Le traitement idéal est la *résection*; malheureusement, elle n'est pas toujours possible, par suite de conditions inhérentes à l'état général trop altéré pour autoriser une opération sérieuse, ou de conditions locales, adhérences étendues et serrées, engorgements ganglionnaires multiples, rétrécissements éloignés les uns des autres, etc. On doit alors se borner à un traitement indirect, *entéro-anastomose latérale*, *exclusion unilatérale* ou *bilatérale*. Ces opérations sont d'autant plus indiquées qu'elles suffisent souvent pour amener un relèvement de l'état général et une régression de l'état local, tels qu'une extirpation secondaire devient possible et peut être exécutée sans danger.

### 8. — Polyadénomes du gros intestin.

(N° 289.)

Dans un rapport à la Société de chirurgie, sur un cas de polyadénomes du gros intestin, communiqué par Psaltoff, nous avons réuni les cas publiés d'adénomes purs disséminés sur tout le gros intestin, sans cancer concomitant. Ces cas sont rares et au nombre de 15 seulement.

### 9. — Adénome du côlon pelvien.

(N° 371.)

Dans un premier temps, je fis la résection segmentaire de l'intestin avec fermeture du bout rectal et fixation du bout supérieur dans la plaie abdominale.

Dans un deuxième temps, 3 semaines après la première opération, je disséquai le bout correspondant à l'anus artificiel et l'invaginai à travers une incision de la paroi antérieure du rectum conservé, l'attirant à travers l'anus naturel jusqu'à la peau. Guérison.

## 10. — Traitement chirurgical du cancer des côlons.

(Nos 317, 318, 368.)

Le cancer des côlons a une évolution lente, il se généralise peu et pendant longtemps l'envahissement ganglionnaire reste limité aux ganglions

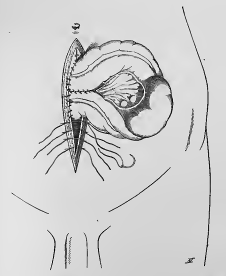


Fig. 38. — Le ventre est refermé autour de l'anse, siège du néoplasme, extériorisée mais non ouverte.

en rapport immédiat avec l'intestin malade, autant de circonstances favorables pour l'avenir des opérés. Malheureusement, au point de vue de la technique opératoire, les conditions de l'intervention sont moins bonnes que celles des opérations sur l'intestin grêle. La moins grande mobilité,

l'absence partielle de revêtement péritonéal, la vascularité moins riche, la présence de l'épiploon, l'existence de franges adipeuses, la minceur des parois, la dilatation et l'hypertrophie de l'intestin en amont, la virulence déjà grande du contenu, virulence encore augmentée par la stagnation, etc.,

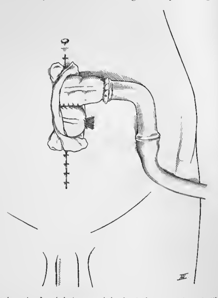


Fig. 39. — Le ventre est refermé, la tumeur réséquée ; le bout supérieur de l'intestin est lié sur un tube de Paul continué par un tube de caoutchouc qui porte le contenu intestinal à l'extérieur du pansement. Le bout inférieur est écrasé et lié.

rendent le pronostic opératoire immédiat plus grave. Aussi a-t-on cherché à se mettre à l'abri d'un certain nombre d'accidents, soit en pratiquant l'opération en plusieurs temps, soit en supprimant toute la portion de gros intestin sus-jacente au néoplasme et en faisant suivre l'exérèse d'une anastomose iléo-colique, dont la gravité est moindre que celle des anastomoses colo-coliques.

*L'anus artificiel*, *l'appendicostomie*, *l'entéro-anastomose* et *l'exclusion unilatérale* de l'intestin constituent autant d'opérations qui, comme le montrent nos observations, peuvent rendre de grands services, soit à titre définitif dans les cancers inextirpables, soit comme opération préliminaire à une ablation secondaire de la tumeur.

Dans les *opérations d'exérèse* nous conseillons l'incision médiane, qui ménage l'innervation de la paroi, et la combinons à un débridement transversal pour les cancers des angles. Pour la mobilisation de la tumeur, il faut faire le décollement du côlon, au niveau du plan de clivage résultant de la coalescence secondaire du méso et du péritoine postérieur. On peut, en incisant légèrement la séreuse en dehors de la tumeur, cheminer dans un espace avasculaire et refouler en avant et en dedans le côlon avec son appareil vasculo-nerveux. Le méso doit être réséqué en coin, comprenant les ganglions.

Toute cette partie de l'opération est faite avant l'ouverture de la cavité intestinale.

Pour l'ablation même de la tumeur, on peut procéder de façons différentes : réséquer le segment intestinal et rétablir immédiatement la continuité de l'intestin ou extérioriser l'anse, fermer le péritoine, puis la réséquer et fixer les deux bouts dans la plaie, remettant à un temps secondaire la cure de l'anus artificiel ainsi établi.

D'une manière générale, c'est à cette dernière pratique, imitée de Mikulicz, que nous nous rattachons pour les cancers de la moitié gauche des côlons et pour ceux du côlon pelvien, préférant, pour ceux de la moitié droite, l'iléo-sigmoïdostomie ou l'iléo-colostomie combinée à l'extirpation totale des portions de côlon situées en amont.

### 11. — Traitement des fistules stercorales par le dédoublement et la suture en masse de la paroi.

(N° 230.)

Dans les fistules stercorales petites, nous conseillons de pratiquer le dédoublement du tissu fibreux qui entoure la fistule, d'écarter, comme un livre qu'on ouvre, les parties fibreuses dédoublées, puis de suturer en masse les surfaces ainsi avivées, suivant en un mot un principe analogue

à celui bien connu de la périnéorraphie par dédoublement de L. Tait.

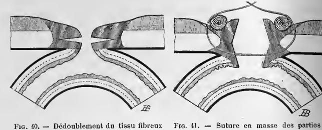


FIG. 40. — Dédoublement du tissu fibreux entourant la fistule.

FIG. 41. — Suture en masse des parties dédoublées, le fil passant au-dessus d'un rouleau de gaze.

Nous avons obtenu ainsi très simplement la guérison d'une fistule stercorale.

### 12. — Tumeurs inflammatoires péricoliques.

(Nos 348, 368.)

Dans les cas que nous avons observés, nous avons pensé à la possibilité d'une tumeur inflammatoire plutôt qu'à un néoplasme, parce que toujours une période de symptômes aigus avait précédé l'apparition de la tumeur.

Le repos au lit, le régime lacté et de petites doses d'huile de ricin, en amenant une régression rapide de la tumeur, permettent d'affirmer le diagnostic.

### 13. — Technique de la colostomie iliaque.

(N° 212.)

Pour éviter les éventrations consécutives et pour obtenir la formation d'un sphincter relatif, nous opérons de la manière suivante :

L'incision, située à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et perpendiculaire à une ligne étendue de celle-ci à l'om-

bilic, coupe la peau, le tissu cellulo-graisseux, l'aponévrose superficielle du grand oblique. Avec la sonde cannelée on dissocie successivement les fibres du grand oblique, du petit oblique et du transverse, puis on ouvre le péritoine.

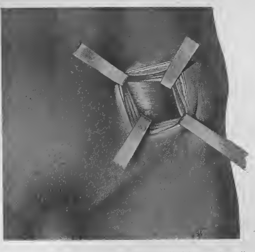


FIG. 42. — Une première paire d'écarteurs ouvre perpendiculairement à sa direction la boutonnière faite avec la sonde cannelée aux fibres du grand oblique, rétractant le milieu de sa lèvre supéro-interne vers l'ombilic, le milieu de sa lèvre inféro-externe vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Une deuxième paire d'écarteurs écarte les lèvres de la boutonnière faite au petit oblique, ce qui découvre le muscle transverse, formant le fond de la plaie.

Il suffit alors de suivre avec le doigt le péritoine pariétal puis iliaque, jusqu'au moment où l'on est arrêté, pour rencontrer le mésocôlon iliaque et ramener, sans crainte d'erreur, le côlon, reconnaissable du reste à ses bosselures, à sa bande longitudinale, à ses appendices épiploïques.

Un rouleau de gaze est passé à travers le méso.

L'intestin n'est ouvert qu'au bout de 48 heures par une petite incision

de 2 centimètres sur le bout afférent de l'anse extériorisée. Dans les semaines qui suivent, la muqueuse s'éverse et va d'elle-même se mettre au contact de la peau.

91 colostomies, pratiquées suivant ce procédé, n'ont été suivies d'aucun accident tenant à l'opération.

## APPENDICE

### 1. — Traitement de l'appendicite.

(Nos 200, 201, 260, 283.)

Dès 1899, j'ai soutenu l'opinion qui veut que dans l'appendicite aiguë chaude, nettement caractérisée par une douleur vive, une tension plus ou moins limitée de la paroi abdominale, une élévation de la température et une accélération du pouls, on recourt à l'opération immédiate, dans les 24 heures.

Il est admis par tous mes collègues qu'un appendice malade indique une opération, mais les avis diffèrent sur le moment le plus favorable à l'intervention. Le plus grand nombre temporise, se tient prêt à agir, cherche à obtenir le refroidissement et n'intervient que d'après des signes déterminés.

La mortalité générale de l'appendicite, d'après les statistiques produites au cours de la discussion de 1899, est de 66 sur 360 cas, soit 18 p. 100. On est en droit de se demander si, en opérant dans les 24 heures, dès le diagnostic posé, on n'aurait pas réduit cette mortalité énorme presqu'à zéro. L'opération à ce moment est des plus simples et met à l'abri de ces péritonites graves qui emportent si souvent les malades et ne se développent qu'au bout de quelques jours dans le plus grand nombre des cas.

Attendre pour voir comment la maladie va évoluer, c'est attendre pour voir s'il va ou non survenir une de ces péritonites graves ; c'est, même en l'absence de celles-ci, exposer les malades à des suppurations, à des fistules pyostercorales, etc., c'est les condamner à une maladie longue et débilitante

pour les conduire finalement à une opération dont la gravité est souvent plus grande que celle de l'opération faite tout à fait au début.

Aussi, tout en admettant la discussion pour les appendicites datant de plusieurs jours, surtout lorsqu'il existe un gâteau manifeste, indice de la limitation des lésions, nous n'hésitons pas, aujourd'hui comme en 1899, à *préconiser, pour toutes les appendicites nettement chaudes, l'opération immédiate*. Les dernières discussions des sociétés allemandes semblent indiquer que, de l'autre côté du Rhin, on commence à se rallier à cette opinion, déjà préconisée par les chirurgiens américains.

Au contraire, nous croyons qu'on *a abusé des opérations à froid*, des appendicectomies pour appendicites chroniques sans crises nettes et que bien des opérations inutiles ont été faites, en particulier chez des femmes nerveuses, souvent atteintes d'entéro-colite, de rein mobile et de troubles génitaux légers. Ce sont ces mêmes femmes qu'on castrait il y a une quinzaine d'années, en alléguant qu'elles avaient des ovaires sclérokystiques. Dans de pareils cas, le traitement médical seul nous semble indiqué.

## 2. — Pathogénie de l'appendicite à rechutes.

(N° 165 *bis*.)

Dans un cas, étudié avec M. Mignot, l'appendice, complètement oblitéré à sa partie moyenne, présentait une perforation minuscule à son sommet, avec un abcès au début. L'expérimentation nous a montré une exaltation de la virulence du Bacterium coli dans le vase clos, constitué par la partie terminale de l'appendice.

## 3. — Appendicite et annexite.

(N° 400.)

Dans ce travail nous avons montré, en nous appuyant sur des données statistiques, que *l'existence d'une lésion, inflammatoire ou autre, des annexes favorise* sinon *le développement* d'une crise aiguë d'appendicite, tout au moins celui *de lésions inflammatoires chroniques de l'appendice*.

Dans l'immense majorité des cas, il est facile de dire quel a été le premier organe enflammé. Il ne peut y avoir d'hésitation, lorsqu'on se trouve en présence d'une annexite double avec appendice simplement adhérent à une trompe enflammée, ou réciproquement lorsqu'il existe, en même temps qu'un appendice perforé, un abcès englobant les annexes d'un seul côté. Mais il y a des cas complexes, où même l'examen bactériologique du pus ne permet pas de déterminer le point de départ de l'infection. Le

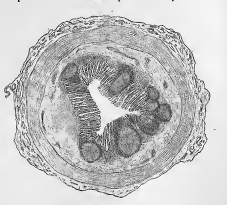


Fig. 43. — Coupe d'appendicite consécutive à une annexite. — La muqueuse, la sous-muqueuse et la musculaire sont saines ; au contraire, il existe une infiltration diffuse de la séreuse, véritable *péri-appendicite*.

colibacille peut, en effet, se rencontrer dans des infections génitales ascendantes.

L'examen microscopique des parties enlevées peut alors être quelquefois d'un grand secours :

Dans certains cas, il y association des lésions habituelles de la salpingite et de lésions inflammatoires de l'appendice limitées à la sous-séreuse avec intégrité de la muqueuse ; dans d'autres il y a, en même temps qu'une appendicite banale, des lésions annexielles unilatérales, caractérisées par une infiltration inflammatoire limitée à la séreuse et à la sous-séreuse. En un mot, dans un cas il y a *péri-appendicite*, dans l'autre *périsalpingite*.

L'examen microscopique montre qu'un des organes n'est pris que secondairement et que seules ses tuniques externes participent au processus inflammatoire. Ce fait, rapproché de l'existence fréquente de lésions indéniables du péritoine de la région, autorise à penser que la propagation s'est faite par l'intermédiaire de la séreuse et que l'hypothèse d'une propagation par le ligament appendiculo-ovarien, émise par quelques auteurs, ne repose sur aucun fondement.

Le *diagnostic*, quelquefois facile, est souvent difficile.

En dehors des données fournies par l'examen direct, en particulier

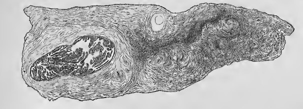


Fig. 44. — Coupe de salpingite consécutive à une appendicite. — Les franges de la muqueuse tubaire présentent leur disposition normale ; elles ne sont ni atrophiées, ni infiltrées ; au contraire, il existe autour de la trompe, dans la partie droite de la figure, une infiltration très marquée du tissu conjonctif péritubaire. Il s'agit donc d'une *péri-salpingite*.

par l'examen bimanuel en position élevée du bassin, il y a lieu d'attacher une grande importance à l'anamnèse et à l'intégrité antérieure de l'appareil génital; une annexite se développe rarement sans qu'on retrouve par un interrogatoire minutieux les signes d'une infection génitale ascendante antérieure (vulvo-vaginite, métrite, etc.) ; de plus, les symptômes sont plus aigus, la marche plus progressive dans l'appendicite; au contraire, l'apparition des accidents au moment d'une époque menstruelle a moins de valeur, une crise d'appendicite éclatant souvent à ce moment; il en est de même des troubles dysménorrhéiques qui peuvent être liés à une appendicite.

Qu'il s'agisse d'une suppuration ou d'un processus chronique, *le traitement doit toujours être opératoire*, dans le premier cas parce qu'il y a nécessité absolue d'évacuer le pus, dans le deuxième parce qu'il s'agit d'une maladie sujette aux récidives.

Toutes les fois qu'il y a la moindre hésitation dans le diagnostic appendicite, il faut faire l'exploration systématique des organes génitaux internes avant de refermer le ventre. Il est, en effet, certain que si pendant des années on a méconnu l'importance de l'appendicite, dans ces derniers temps on a fait bien souvent des opérations, dites d'appendicite à froid, chez des femmes qui, dans la réalité, souffraient d'une annexite légère, d'un petit fibrome, etc.

Réciproquement, la fréquence des lésions appendiculaires, compliquant les annexites, fait que, dans tous les cas d'intervention pour affection inflammatoire des annexes, il est sage de chercher l'appendice et de l'enlever pour peu qu'il présente la moindre lésion.

## 4. — Cancer de l'appendice.

(Nos 369, 391.)

Rapprochant deux cas de cancer de l'appendice présentés à la Société de chirurgie par notre assistant, M. Lecène, des faits analogues que nous avons pu trouver dans la littérature, nous avons cherché à tracer l'histoire de cette maladie encore peu étudiée et qui certainement reste souvent méconnue.

Fig. 45. — Épithélioma de l'appendice.

Le cancer de l'appendice ne forme presque jamais de tumeur volumineuse ; l'appendice est gros, coudé ou rétréci, quelquefois bosselé. *Souvent* même, il ne présente que quelques adhérences à sa surface et *seul l'examen microscopique fait constater*, au lieu des lésions banales d'appendicite qu'on s'attendait à trouver, *la structure typique de l'épithélioma*. Assez souvent il se développe sur un point rétréci, nous montrant, au niveau de l'appendice, cette variété, bien connue en d'autres régions, de *l'épithélioma développé sur une lésion cicatricielle*. Histologiquement, c'est un épithélioma cylindrique atypique, plus rarement un carcinome alvéolaire.

On l'observe surtout de 20 à 30 ans, et, dans la moitié des cas, sur des malades ayant souffert antérieurement de crises d'appendicite.

Son évolution clinique ne présente rien de particulier. Il est *latent*,

et trouvé au cours d'une intervention motivée par d'autres raisons, ou *évolue comme une appendicite*.

Le traitement consiste dans l'ablation large de l'appendice et de son méso; les résultats immédiats sont bons, les résultats éloignés encourageants.

Nous avons la conviction qu'une fois l'attention attirée, les cas relevés seront beaucoup plus fréquents. Les deux cancers constatés par M. Lecène, avaient été trouvés au cours de l'examen de 50 appendices enlevés soit par lui, soit par moi. Depuis la publication de notre travail, nous avons présenté un troisième cas de cancer appendiculaire, enlevé au cours d'une opération pour fibrome utérin.

### 5. — Bactériurie au cours d'une appendicite pelvienne.

(N° 179.)

Dans ce cas, étudié avec mon élève Reymond, le trouble des urines, en l'absence de tout symptôme fonctionnel de cystite, était dû à la présence en grande quantité dans l'urine du Bacterium coli qui avait transsudé à travers les parois vésicales.

### 6. — Traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

(Nos 234, 387.)

Dans deux communications à la Société de chirurgie, nous avons abordé la question du traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

La production de la perforation à une époque tardive de la fièvre typhoïde et la précocité de l'intervention, une fois la perforation produite, semblent les deux grands facteurs du succès. Les résultats seront d'autant meilleurs qu'on sera intervenu plus tôt. A ce point de vue, les vomissements, une sensibilité exagérée ou une rigidité de l'abdomen, une poussée de leucocytose, tous symptômes qui précèdent la péritonite septique consécutive à l'écoulement dans le péritoine du contenu intestinal, sont

autant d'indices qui autorisent la laparotomie immédiate, avant même la chute caractéristique de la température.

On peut cependant avoir des guérisons par des interventions retardées, nous en avons publié des observations. Il s'agit alors de perforations progressives, comparables à celles qui se font dans beaucoup d'appendicites et, où des adhérences s'étant établies avant une perforation complète, celle-ci se fait en foyer limité et aboutit à la production d'une collection enkystée.

## VOIES BILIAIRES ET FOIE

### 1. — Anatomie pathologique de la cholécystite calculeuse.

(Nos 74, 346.)

Lorsqu'il existe des *calculs biliaires,* on observe fréquemment, surtout lors de gros calculs, des *modifications dans la forme* et *dans l'aspect de la vésicule.* Les parties en contact avec le calcul sont lisses, fibreuses, alors que le reste de la vésicule conserve l'aspect muqueux, réticulé, normal. Entre les deux, la séparation est nette ; un rétrécissement limite en effet le plus souvent la loge du calcul, tendant à enchatonner celui-ci. Lorsque ce rétrécissement est marqué, il peut gêner l'opérateur et l'obliger, soit à faire des débridements, soit à fragmenter le calcul avant de chercher à l'extraire. Dans certains cas de gros calculs multiples, en partie descendus dans le canal cystique, on peut voir la partie supérieure de celui-ci se dilater pour se mouler, comme la vésicule, sur les calculs, dont les logettes sont séparées par des rétrécissements intermédiaires.

Il existe enfin toute une catégorie de cas où le calcul, en se développant, distend la partie droite du bassinet de la vésicule et le creuse en quelque sorte, formant ainsi au-dessous de l'embouchure du canal cystique une grande poche qui continue la vésicule et au fond de laquelle on serait tenté de chercher son canal excréteur au cours d'une opération, si on voulait en faire le cathétérisme. Cette formation d'un cul-de-sac par distension du bassinet de la vésicule ne doit pas être rare. Sur 14 vésicules contenant de gros calculs, nous l'avons relevée 5 fois, à des degrés divers

de développement. Si elle n'a pas été notée d'une manière spéciale par les auteurs qui se sont occupés de la lithiase biliaire, cela doit tenir, d'une part, à ce que cette disposition ne présentait, avant l'ère chirurgicale

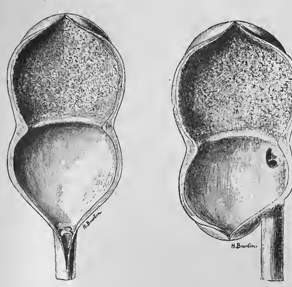


Fig. 46. — Déformation de la vésicule biliaire calculeuse.

Fig. 47. — Poche creusée dans le bassinet par un calcul.

actuelle, qu'un intérêt purement spéculatif ; d'autre part, à ce que souvent le canal cystique reste accolé à cette partie du bassinet distendue en cul-de-sac et que, par suite, à un examen superficiel, le canal semble comme normalement émerger de son fond.

Autour de ces vésicules calculeuses enflammées se développent souvent des *péricystites chroniques*, caractérisées par la substitution graisseuse du foie et l'accumulation de tissu fibro-adipeux autour de la vési-

cule, ce qui permet, dans certaines cholécystectomies, d'énucléer la vésicule d'une loge en quelque sorte extra-péritonéale, que l'on peut fixer à la plaie de la paroi et drainer en toute sécurité.

Cette inflammation chronique se propage quelquefois à l'épiploon adhérent, déterminant ainsi la production de véritables tumeurs *d'épiploïte chronique* qui occupent une bonne partie de l'abdomen.

## 2. — Cathétérisme des voies biliaires.

(N° 74.)

Le *cathétérisme des voies biliaires*, pratiqué après ouverture large de la vésicule, ne permet de conclure que lorsqu'il donne un résultat positif (perméabilité complète du canal cystique, frottement rugueux dénotant un calcul). Le fait que la bougie exploratrice butte contre un obstacle ne permet nullement d'admettre l'existence d'un rétrécissement.

On ne peut donc se fonder sur les résultats fournis par le cathétérisme pour conclure à l'ablation d'une vésicule dont on regarde hypothétiquement le rôle physiologique comme supprimé. C'est en s'appuyant sur d'autres indications, en particulier sur l'état même de la vésicule, que l'on devra pratiquer la cholécystectomie.

## 3. — Du ballottement de la vésicule biliaire.

(N^os 74, 81.)

Parmi les signes fournis par les tumeurs biliaires, nous avons mentionné le ballottement, qui, d'après nos observations, peut exister indépendamment de tout déplacement du rein. Ce ballottement est directement antéro-postérieur. La main antérieure le perçoit nettement au niveau du bord externe du muscle droit lorsque la main postérieure, placée dans l'espace costo-iliaque, projette la vésicule en avant. Ce ballottement est différent de celui du rein qui, ainsi que l'a précisé notre maître, le professeur Guyon, a son maximum lorsqu'on le provoque avec un doigt engagé dans l'angle costo-vertébral. Ces différences sont en rapport avec le siège différent des tumeurs.

### 4. — Colique hépatique sans calcul.

(N° 74.)

A l'appui de la théorie qui veut que la colique hépatique soit uniquement déterminée par la contraction douloureuse des canaux, nous avons apporté deux faits. Dans l'un, les coliques, des plus douloureuses et des plus typiques, étaient liées à l'obturation de l'ampoule de Vater par un épithélioma du duodénum ; dans l'autre, il s'agissait simplement d'une cholécystite légère sans calcul. Dans ce dernier cas, l'ablation de la vésicule fut suivie d'une cessation définitive des coliques et du subictère qui les accompagnait. La guérison est restée définitive et complète après deux ans écoulés.

### 5. — Diagnostic de l'ictère.

(N° 286.)

Dans les ictères chroniques qui se présentent au chirurgien, le diagnostic est surtout à faire entre les obstructions calculeuses et les obstructions par cancer pancréatique.

Le signe de Courvoisier-Terrier, atrophie de la vésicule dans la lithiase, distension de la vésicule dans le cancer de la tête du pancréas, n'a pas une grande importance en clinique, le palper de la vésicule, surtout quand le foie est hypertrophié et basculé en avant, présentant le plus souvent de grandes difficultés.

Le diagnostic se fonde généralement sur un ensemble de symptômes :

Les *antécédents de colique hépatique sans ictère*, les *variétés dans le degré de l'obstruction*, l'*existence d'une contracture de défense* à la partie supérieure du grand droit, la *longue durée de l'obstruction* sans grand retentissement général, quelquefois la constatation de *poussées fébriles*, sont autant de signes qui font penser à un calcul du cholédoque.

Au contraire, les *antécédents de troubles digestifs* et l'*amaigrissement*, le *développement rapide et progressif de l'ictère*, l'*obstruction absolue des voies biliaires* plaident en faveur du cancer.

Lorsqu'il existe une *ascite* notable, il y a lieu de penser à une dégénérescence cancéreuse des voies biliaires.

### 6. — Pathogénie de la lithiase biliaire.

(N° 172 *bis*.)

Dans un rapport sur les expériences de notre élève Mignot, qui était arrivé à produire expérimentalement des calculs biliaires en réunissant deux conditions : une infection atténuée et une inertie relative de la vésicule, j'ai conclu à la *nature infectieuse de la lithiase biliaire*.

On a objecté, au moment où ces travaux parurent, la stérilité du centre d'un grand nombre de calculs. Mais presque toujours, en pareils cas, il s'agit de calculs anciens où le microbe a peut-être existé, mais est mort; de plus, la lithiase biliaire s'accompagne toujours d'un certain degré de sclérose, d'inflammation de la vésicule, qui n'existe pas après l'introduction de corps étrangers aseptiques. Aujourd'hui, en particulier à la suite des nombreux travaux de Gilbert, la théorie infectieuse de la lithiase n'est plus discutée.

### 7. — Traitement des calculs biliaires.

(N°s 186, 298, 315, 321, 334, 359, 360, 373, 394.)

L'origine infectieuse de la lithiase biliaire étant actuellement bien établie, il ne peut être question de modifier un état diathésique. Le *traitement médical* conserve cependant ses indications.

Il peut hâter l'évacuation des graviers par les voies naturelles dans les cas de petits calculs descendant facilement, de petites coliques avec ictère, sans accidents menaçants. Il rend de même des services dans certaines coliques violentes sans ictère ; mais dans ces cas de calculs trop volumineux pour passer par les voies naturelles, le but à poursuivre est tout autre. Les cholagogues et les cures thermales provoquent le plus souvent des accidents. Ce qu'il faut chercher à obtenir, c'est la sédation des phénomènes inflammatoires, vésiculaires et péri-vésiculaires ; il faut éviter tout ce qui peut amener des contractions de la vésicule. On arrive ainsi,

dans un certain nombre de cas, à obtenir sinon la guérison, tout au moins la latence des calculs, ce qui, pour le malade, est identique.

Le *traitement chirurgical* est indiqué dans les oblitérations du cholédoque et dans certaines cholécystites.

Dans les oblitérations du cholédoque, une attente trop longtemps prolongée finit par amener des lésions du parenchyme hépatique, dont les conséquences peuvent se faire sentir même après ablation du calcul; de plus, la maladie se complique trop souvent d'une angiocholite infectieuse qui rend le pronostic immédiatement grave.

Le traitement par l'huile à hautes doses, qui nous a donné autrefois des succès, expose à des accidents et doit aujourd'hui céder le pas à l'opération, devenue beaucoup moins grave depuis les perfectionnements apportés à la technique.

Lors de calculs vésiculaires, l'opération nous semble indiquée :

1° Dès la première crise, dans les cholécystites aiguës avec symptômes généraux graves, état typhoïde, grands accès fébriles, ou avec signes locaux d'une suppuration à marche aiguë, développement rapide d'une tuméfaction douloureuse.

2° Après échec d'un traitement médical bien dirigé, lors de poussées successives de cholécystite fébrile, avec ou sans réaction péritonéale concomitante, lors de répétition de crises de coliques vésiculaires, même en l'absence de fièvre, quand il y a altération de l'état général ou impossibilité de se livrer à un travail régulier, lors de douleurs persistantes empoisonnant l'existence, surtout si les malades ont de la tendance à devenir morphinomanes, lors de troubles apportés au fonctionnement des organes voisins, symptômes de sténose pylorique ou sous-pylorique.

Les *résultats immédiats* de l'intervention sont assez bons. Nous avons exécuté 101 opérations avec 6 morts.

32 cholédochotomies, dont 19 avec cholécystectomie, 3 morts (toutes 3 chez des malades profondément infectés, avec angiocholite suppurée, intervention trop retardée).

21 cholécystectomies avec 2 morts (1 de dilatation aiguë de l'estomac, 1 d'accidents mal déterminés).

47 cholécystotomies avec 1 mort (malade opéré *in extremis* pour une suppuration totale des voies biliaires et mort avec des signes d'ictère grave).

Les *résultats éloignés* ont été excellents dans 26 des 29 cholédocho-

tomies ; 1 fois une deuxième cholédochotomie fut motivée par la présence d'un calcul méconnu lors de la première intervention ; 2 fois la réapparition des douleurs fut liée à une péritonite adhésive sous-hépatique.

Sur 19 cholécysteetomies, 17 n'éprouvèrent aucun trouble ; 2 continuèrent à souffrir d'une dilatation de l'estomac avce ptose rénale.

Des 45 choléeystotomies, 35 sont guéries ; 2 se plaignent de symptômes vagues en relation avec une dilatation atonique dc l'estomae et une ptose rénale, 3 ont eu secondairement une crise de colique hépatique, 2 fois le passage d'un calcul dans l'intestin a été suivi d'une guérison définitive, 1 fois des accidents fébriles se sont développés et ont entraîné la mort, 3 fois nous avons dû pratiquer une cholécystectomie secondaire.

L'examen de ces résultats permet de fixer le *choix du procédé opératoire.* Il est évident que, pour les calculs du eholédoque, la cholédochotomie est l'opération indiquée. Pour les calculs des voies biliaires seeondaires, nous rejetons la cystieotomie ct la cystendyse. La eholécystectomie est l'opération de choix ; c'est eelle que nous pratiquons le plus souvent aujourd'hui. Nous continuons cependant à lui préférer la cholécystotomie, opération plus simple et moins grave, pour les suppurations aiguës de la vésicule et aussi pour les choléeystites suppurées avec gros calculs, surtout si le malade est débilité ou si les conditions locales rendent l'opération un peu délicate (homme gras et musclé). La cholécystectomie s'impose lors de calculs petits et multiples, la ebolécystotomie ayant alors trop de chance d'être une opération incomplète, et lors de vésicule épaissie et dure, une dégénéreseenee eaneéreuse étant possible dans de pareils eas.

## 8. — Technique de la cholédochotomie.

(N° 397.)

Le premier point est de *bien exposer les parties* sur lesquelles on opère. Pas de petites incisions, pas d'opération à bout de doigts. Il faut faire une incision onduleuse assez longue et placer un rouleau sous la partie inférieure de la région dorsale.

*Le ventre ouvert*, deux cas peuvent se présenter :

1° *Il n'y a pas d'adhérences ;* l'exploration est des plus faeiles ; l'espace angulaire compris entre le foie et le mésocôlon se laisse ouvrir avee la

plus grande facilité. La face inférieure du foie et la face supérieure du côlon transverse, avec son méso, se laissent écarter comme les feuillets d'un livre, on opère, pour ainsi dire, complètement en dehors de la grande séreuse péri-intestinale.

2° *Il y a des adhérences ;* l'opération est plus délicate, surtout si l'on se trouve en présence d'un de ces cas où côlon transverse, épiploon, bord antérieur du foie sont fusionnés, où la vésicule est réduite à un cordon scléreux invisible.

Il faut toujours commencer par aller à la vésicule et, pour cela, la chercher où elle doit être. On y arrive en prenant comme repère l'encoche du bord hépatique qui répond à l'extrémité du sillon vésiculaire. Amorçant un décollement en ce point et restant au contact du foie, on arrive vers le fond de la vésicule rétractée. A partir de ce moment, on tient l'extrémité du fil d'Ariane qui conduira sûrement au cholédoque.

Si le foie est souple, on l'extériorise, en attirant doucement son bord antérieur au-dehors et, le basculant sur la lèvre supéro-externe de l'incision, on amène ainsi le hile au niveau de la plaie. Si le foie est induré, on dissèque la vésicule, on la sépare du tissu hépatique et, l'attirant progressivement au-dehors, on arrive, en suivant le canal cystique, jusqu'au cholédoque.

*La jonction cystico-hépatique atteinte, on incise le cholédoque* sans crainte de le confondre avec la veine porte. On extrait les calculs, les faisant remonter sans les broyer. Quelquefois il est nécessaire de *mobiliser le duodénum*, ce que l'on fait facilement en incisant délicatement le péritoine à droite et au-dessus de l'intestin et en arrivant ainsi à l'espace avasculaire qui résulte de la coalescence du péritoine pariétal postérieur et du revêtement séreux qui primitivement recouvrait la face postérieure du duodénum. Si la mobilisation du calcul, par des pressions extérieures au canal, est encore impossible, il ne reste qu'à inciser sur lui le pancréas, ce que nous avons fait avec succès dans un cas.

Toujours avant de terminer l'opération, on fera une exploration complète des voies biliaires pour ne pas y oublier de calculs. Cette exploration faite, on place dans le cholédoque, remontant dans l'hépatique, un tube qui draine la bile et la conduit directement au dehors, évitant la souillure du pansement ; un autre drain est mis à côté, dans le décollement sous-hépatique, pour évacuer la sécrétion du foyer traumatique.

### 9. — Traitement des angiocholites infectieuses non calculeuses.

(Nos 310, 396.)

Dans les angiocholites infectieuses non calculeuses la cholédochotomie et le drainage de l'hépatique sont théoriquement indiqués. Malheureusement, dans la pratique, ce drainage de l'hépatique n'est pas toujours possible, les voies biliaires pouvant ne pas présenter ces dilatations considérables qu'on voit dans les angiocholites calculeuses ; de plus, le tube tombe en général trop tôt et le drainage de l'hépatique n'est pas continué pendant un temps suffisant pour assurer la désinfection des voies biliaires.

Aussi, en même temps qu'on incise le cholédoque et qu'on y place, si possible, un drain, est-il utile d'établir en même temps une cholécystostomie, qui assure pendant un temps aussi long qu'on le désirera une voie de décharge pour le contenu de l'arbre biliaire. Trois observations personnelles établissent ces divers points.

### 10. — Kystes hydatiques du foie.

(Nos 219, 247.)

A propos du traitement des kystes hydatiques du foie, j'ai insisté sur le *danger des greffes hydatiques* dans le péritoine ou dans la paroi abdominale au cours de l'opération. Depuis les publications de Devé je ne manque jamais de formoler la poche avant de l'ouvrir.

Après plusieurs essais d'évacuation puis de réduction après suture, je suis revenu à l'ancien traitement par marsupialisation, avec, si possible, résection partielle de la poche kystique.

### 11. — Des bénéfices obtenus après la laparotomie dans certaines lésions du foie.

(N° 346.)

Dans des cas d'hypertrophie du foie et de lésions probablement syphilitiques, j'ai, après une laparotomie exploratrice faite à la suite d'une erreur de diagnostic, vu les lésions régresser et le malade guérir.

S'agit-il d'une action réelle et par un mécanisme inconnu de la laparotomie ? La diète absolue, qui suit pendant 24 heures l'opération, l'immobilité relative à laquelle les malades sont astreints pendant une quinzaine de jours entrent-elles pour une part dans les améliorations constatées ? Il est impossible de répondre à ces questions; ce qui est certain, c'est que ces améliorations et même ces guérisons sont des faits aujourd'hui indéniables.

## PANCRÉAS

### 1. — Kystes du pancréas.

(N° 70.)

L'amaigrissement, les douleurs locales et la dyspepsie sont des symptômes à peu près constants des kystes du pancréas ; dans un certain nombre de cas, il s'y joint de la stéatorrhée et de la glycosurie. Rapprochés de la constatation d'une tumeur kystique dans la région du pancréas, ces symptômes permettent de poser un diagnostic.

La tumeur, née profondément, étale et distend la portion d'épiploon intermédiaire à l'estomac et au côlon transverse, refoulant en haut l'estomac, en bas le côlon. De plus, située au contact de la paroi postérieure de l'abdomen, elle peut, comme nous l'avons constaté, donner lieu à la sensation dite de ballottement. Ce ballottement est directement antéro-postérieur et diffère de celui des tumeurs du rein en ce qu'il n'a pas son maximum lorsqu'on déprime le sommet de l'angle costo-vertébral.

Rapprochant l'histoire de la malade que nous avons opérée des autres observations que nous avons pu parcourir, nous sommes arrivé, contrairement à l'opinion courante (Senn, J. Bœckel), à conclure qu'il ne s'agissait pas là de kystes par rétention. Il nous a été facile d'établir par la réunion d'examens anatomo-pathologiques que ces kystes ont souvent des caractères franchement néoplasiques, qu'il s'agit d'épithéliomas kystiques et que, du kyste uniloculaire à paroi lisse rappelant par son aspect le kyste par rétention, jusqu'aux productions kystiques dont la malignité est démontrée par la généralisation au foie, on a tous les intermédiaires,

en passant par les kystes à face interne grenue, présentant des dépressions pariétales et même des perforations spontanées, par ceux à excroissances molles, enfin par ceux dont la face interne est recouverte de végétations, elles-mêmes creusées de cavités tapissées par un épithélium cylindrique.

La sclérose pancréatique, notée dans quelques cas et invoquée comme cause pathogénique des kystes, peut fort bien être secondaire à ceux-ci.

L'idéal thérapeutique serait donc l'extirpation totale du néoplasme. La gravité de l'intervention ainsi pratiquée, jointe à la bénignité de l'allure de ces tumeurs, cliniquement établie pour le plus grand nombre des cas, fait que nous nous sommes rallié à la simple incision avec drainage du kyste, les faits ayant démontré que cette sorte d'intervention suffisait pour améliorer considérablement les malades pendant un temps assez long, mais que l'on ne peut encore préciser, les interventions chirurgicales pratiquées jusqu'à ce jour étant encore de date trop récente pour permettre de conclure. Dans tous les cas, nous rejetons d'une manière absolue la ponction exploratrice, qui a plusieurs fois été le point de départ d'accidents, peut-être explicables par la présence, dans le liquide du kyste, de microbes venus de l'intestin. Chez notre malade, le liquide, recueilli pendant l'opération, contenait le *Bacterium coli*.

### 2. — Kyste du mésocôlon transverse simulant un kyste du pancréas.

(N° 329.)

L'étude d'un kyste du mésocôlon transverse, simulant même au cours de l'opération un kyste du pancréas, m'a conduit à émettre l'hypothèse qu'un certain nombre de kystes dits pancréatiques, opérés et guéris, n'étaient peut-être que des kystes du mésocôlon, développés entre l'estomac et le côlon transverse, kystes présentant, au point de vue topographique, un siège et un développement qui les rapprochent de ceux du pancréas, mais différant de ces derniers par leurs connexions intimes, leur structure et leur origine. Il sera donc toujours intéressant d'exciser, au cours de l'opération, un fragment de la paroi de la poche des kystes supposés pancréatiques, de manière à en faire l'examen et à pouvoir établir la fréquence relative de ces deux variétés de kystes.

# RATE

## 1. — Note sur quatre cas de rate mobile.

(N° 137.)

A propos de quatre cas de rate mobile, dont un avec pédicule tordu, nous avons cherché à préciser les indications du traitement à suivre dans de pareils cas.

La *splénectomie* nous semble indiquée toutes les fois qu'il survient des accidents aigus graves, tels que ceux qui résultent de la torsion du pédicule. Elle l'est encore toutes les fois qu'il existe une augmentation de volume considérable de la rate ou une fixation secondaire en un lieu anormal de l'organe primitivement mobile. On peut y recourir d'autant plus volontiers que, dans la rate mobile, la splénectomie donne des résultats meilleurs que dans tout autre état pathologique. La mortalité de 100 p. 100 dans la leucémie, de 58 p. 100 dans l'hypertrophie paludéenne, n'est que de 6,2 p. 100 dans la rate mobile d'après notre statistique, qui porte sur 48 cas. Cette bénignité relative s'explique par ce fait que la rate déplacée ne peut contracter d'adhérences avec la voûte du diaphragme et que ce sont ces adhérences qui constituent un des dangers de la splénectomie dans les autres cas. L'allongement des mésos est encore une condition qui facilite la splénectomie.

Lorsqu'il n'y a pas d'accidents graves, que la rate est petite, on peut se contenter du port d'un *bandage*.

La *splénopexie*, que nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer, nous paraît devoir être réservée aux cas de rates peu ou pas augmentées de volume, mobiles et non contenues par un bandage.

## 2. — La splénectomie dans les kystes hydatiques de la rate.

(N° 162.)

A propos d'un succès que nous avons obtenu par la splénectomie dans un cas de kyste hydatique de la rate, nous avons insisté :

1° Sur l'utilité du plan incliné pour préciser le siège de la tumeur, qui, tombée dans le petit bassin, est revenue dans l'hypochondre gauche lorsque nous avons placé la malade en position élevée du bassin ;

2° Sur le mode d'intervention suivie. Notre splénectomie est la onzième pratiquée en pareille condition. Cette opération nous a paru indiquée chez notre malade parce que le kyste n'était pas suppuré, pas adhérent, et que la mobilité extrême de la rate constituait à elle seule une indication à l'intervention.

### 3. — Les modifications du sang après la splénectomie.

(N° 162 *bis*.)

Ayant pu suivre pendant trois ans deux malades chez lesquelles nous avions pratiqué avec succès la splénectomie, nous avons constaté, avec M. Vaquez, par des examens répétés, quelques modifications du sang, les unes banales, les autres plus spéciales à la splénectomie.

Comme *modifications banales*, nous avons noté :

1° L'abaissement du chiffre des globules rouges ;

2° La leucocytose post-opératoire, mais celle-ci est rapide, transitoire, affectant toutes les variétés de leucocytes.

Les *modifications du sang plus spéciales à la splénectomie* semblent être :

1° Dans une certaine mesure, l'abaissement du chiffre de l'hémoglobine et la lenteur de son relèvement, modification analogue à celle constatée expérimentalement par M. Malassez ;

2° Une leucocytose lymphocytique tardive, se produisant de quatre à huit semaines après l'opération, et dont la durée est variable. Vinogradoff et Kourloff l'ont également notée ;

3° L'apparition habituelle, mais très tardive, d'une leucocytose éosinophile très modérée.

### 4. — Traitement des ruptures de la rate.

(N° 319.)

Dans un rapport présenté à la Société de chirurgie, à propos d'une

observation de M. Auvray, j'ai étudié la question de la conduite à tenir en présence d'une rupture de la rate.

1° *Faut-il intervenir?*

2° Si l'on intervient, *quelle est l'opération qu'il faut pratiquer?*

La possibilité de la cicatrisation spontanée des ruptures de la rate est établie. L'arrêt spontané de l'hémorragie est toutefois exceptionnel et ne se rencontre guère que dans des cas bénins, souvent du reste non diagnostiqués ; ce sont quelquefois de simples trouvailles d'autopsie. L'arrêt spontané de l'hémorragie ne permet du reste pas d'affirmer la guérison ; on a vu après elle se développer des abcès sous-phréniques.

La rupture grave de la rate, celle qui se traduit par des symptômes importants, pour lesquels on appelle immédiatement le chirurgien, a une issue presque constamment fatale : 59 cas, 59 morts (E. Besnier).

L'indication opératoire est donc évidente ; l'hémorragie grave étant l'indication primordiale de la chirurgie d'urgence. Nous avons réuni 38 cas d'intervention.

Certains chirurgiens se sont contentés d'évacuer l'épanchement sanguin, y adjoignant quelquefois le lavage et le drainage de l'abdomen (4 cas, 3 morts), d'autres ont lié les vaisseaux du hile (1 cas, 1 mort), suturé la déchirure (1 cas, 1 mort) ; ou fait le tamponnement (4 cas, 3 morts); le plus grand nombre ont pratiqué la splénectomie (29 cas, 12 morts). C'est, suivant nous, l'opération de choix. Elle est notablement facilitée lorsqu'on place le malade sur un coussin ou sur une table permettant une cambrure vertébrale exagérée.

La gravité dérive de ce que la rate saine ne se rompt que sous l'influence de traumatismes considérables et qu'alors sa rupture s'accompagne d'autres lésions graves, ou de ce qu'elle est pathologiquement altérée, et alors la gravité tient aux conditions anatomiques mêmes de l'organe.

Cette distinction entre les lésions observées a son importance. La splénectomie est la seule opération indiquée dans les ruptures de rate saine, non adhérente; on peut l'éviter dans les ruptures peu étendues de rate grosse et largement adhérente ; il est alors plus sage de tenter la suture, recourant même simplement à la cautérisation et au tamponnement, ou même à l'application de gélatine chaude, si la minceur de la capsule, la friabilité de l'organe, le siège peu accessible de la lésion semblent montrer que la suture même est à peu près impossible.

### 5. — Plaie de la rate par arme à feu. Splénectomie. Guérison.

(N° 221.)

Dans ce cas il y eut, au 5e jour, des signes de péritonite par perforation ; celle-ci se localisa et nous amena, au bout de quelques jours, à ouvrir un foyer suppuré contenant du liquide stomacal. Il y avait eu probablement chute tardive d'une eschare. La malade guérit.

## V. — GYNÉCOLOGIE

### Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.

Attaché à la rédaction des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, depuis 1889, d'abord comme rédacteur, puis comme directeur, avec les professeurs Pinard et Segond, j'ai eu l'occasion d'y publier, en outre d'articles originaux, de nombreuses analyses ou comptes rendus, suivant ainsi d'une manière incessante le mouvement gynécologique de ces vingt dernières années.

J'y ai de plus résumé un certain nombre de questions sous forme de courtes revues critiques, parmi lesquelles je citerai celles qui ont trait à la *périnéotomie préliminaire à l'extirpation de l'utérus*, *à l'hystéropexie vaginale dans le traitement des rétrodéviations utérines*, à la *trachélorraphie à lambeaux*, au *traitement de l'endométrite cervicale glandulaire*, à l'*électrolyse médicamenteuse dans le traitement des fibromes utérins*, à la *technique de l'extirpation totale de l'utérus fibromateux*, au *traitement conservateur de l'inversion interne*, au *traitement de la blennorragie chez la femme*, à la *néphropexie d'après Edebohls*. J'y ai aussi publié des leçons sur l'*examen clinique en gynécologie*, sur l'*examen de l'appareil urinaire de la femme*, sur la *dilatation utérine*.

# MÉTRITES

## 1. — Nature des métrites.

(Nos 151, 217, 364.)

Dans une discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie, je me suis élevé contre la conception de M. Richelot qui rattache au neuro-arthritisme la plupart des utérus gros et scléreux.

Aucune observation ne le prouve. Voulant démontrer l'existence de lésions aseptiques de l'utérus, M. Richelot n'a pas examiné un seul cas à ce point de vue. L'absence de micro-organismes ne prouverait, du reste, nullement que le point de départ de la lésion n'ait pas été une infection. Dans une série de cas nous avons constaté la présence du gonocoque dans des suppurations tubaires, alors qu'il avait disparu de la cavité utérine où nous l'avions constaté antérieurement. *Le microbe, cause de la maladie, a disparu; la lésion constituée persiste et évolue*. Il en est de même pour les métrites consécutives à l'accouchement, où l'on voit le streptocoque disparaître le plus souvent au bout de quelque temps.

Nos observations nous montrent le plus souvent une *lésion d'origine infectieuse au début de la maladie.* Peut-être l'état neuro-arthritique agit-il en augmentant les réactions morbides, tout comme les déplacements utérins agissent par l'intermédiaire de troubles circulatoires. Mais de là à admettre la fréquence des scléroses diathésiques il y a un abîme.

## 2. — Le traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable.

(N° 180.)

Après exposé des divers travaux publiés sur cette question, nous concluons qu'il y a lieu de recourir à cette méthode après échec du traitement par les bains et les injections vaginales convenablement prises, dans les métrites suppurantes sans lésion trop avancée du col.

### 3. — Amputation du col et grossesses consécutives.

(N° 210.)

Bien loin d'être une cause fréquente de dystocie, comme semblent le croire quelques accoucheurs, l'amputation du col fait, dans certains cas, cesser la stérilité due à une métrite cervicale et permet de mener à bien une grossesse. C'est tout au plus si la durée de celle-ci se trouve abrégée d'une dizaine de jours.

Les accidents observés sont en rapport avec la formation de tissu cicatriciel; pour les éviter, il faut obtenir une réunion par première intention. Aussi, au lieu de pratiquer l'opération de Schröder type, ai-je l'habitude de tailler un lambeau externe, uniquement constitué par la muqueuse vaginale, réséquant avec la muqueuse intracervicale tout le tissu musculaire de la portion correspondante. De cette manière, j'ai un lambeau souple, flottant, qui se laisse parfaitement adapter sur la section du col, et que je suture sans traction à la muqueuse interne. Avec cette manière de procéder, on a des réunions par première intention; par conséquent, pas de tissu cicatriciel, pas d'accidents au cours des grossesses consécutives.

### 4. — Réflexions à propos d'un cas d'endométrite pseudo-membraneuse puerpérale.

(N° 85.)

Dans ce cas, le curage et l'ablation des débris placentaires ne furent pas suivis de chute de la température, et les accidents continuèrent en même temps que se développaient des fausses membranes dans tout le vagin jusqu'au niveau de la vulve. L'irrigation continue, faite suivant le mode institué par MM. Pinard et Varnier, pendant une demi-heure avec une solution de sublimé à 1 p. 20000, puis pendant 48 heures avec de l'eau bouillie, amena une chute immédiate de la température. Guérison complète sans métrite consécutive.

## 5. — Dilatation utérine.

(N° 364.)

Dans ce travail, nous avons exposé les diverses manières de pratiquer la dilatation utérine, étudiant sueeessivement la *dilatation lente* et la *dilatation rapide,* leur teehnique opératoire et leurs indieations.

Nous avons en partieulier insisté sur les accidents qui pouvaient aeeompagner cette dilatation.

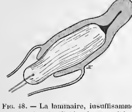


Fig. 48. — La laminaire, insuffisamment enfoncée, n'a dilaté qu'une cavité cervicale de grandes dimensions.

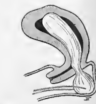


Fig. 49. — La laminaire trop enfoncée dans un utérus antéfléchi a, en se dilatant, perforé la paroi postérieure du col.

La dilatation rapide peut amener des déehirures du eol, qui quelquefois s'étendent au eorps utérin, lorsqu'on la fait brusquement ou lorsqu'on la pousse trop loin sur un utérus non assoupli. Elle peut aussi déterminer la perforation de l'utérus, soit par la pointe des branehes du dilatateur, soit par une échappée de l'instrument si l'on emploie des bougies.

Les aeeidents de la dilatation lente avec des laminaires tiennent soit à ee qu'on n'a pas assez enfoneé la tige et à ee qu'on n'a dilaté que la eavité cervieale, soit à ee qu'on l'a trop enfoneée et à ee que la laminaire, en se dilatant, a perforé la paroi postérieure du eol.

## PLACENTA

### 1. — Traitement de la rétention placentaire.

(N° 367.)

Après l'avortement des deux premiers mois, le *curettage* est indiqué parce que l'utérus, qui n'est pas encore ramolli, lui fournit un plan solide et résistant qui permet à son action d'être efficace ; la cavité utérine est, du reste, trop petite pour permettre l'introduction du doigt.

Au contraire, quand la grossesse est avancée, la curette est insuffisante ; elle expose à méconnaître la présence de placentas entiers ; aussi faut-il alors recourir au *curage digital*, qui permet non seulement de reconnaître la présence d'un placenta, mais encore de l'effondrer et de l'enlever par morceaux.

### 2. — Déciduome malin.

(N$^{os}$ 110, 112.)

Ce cas est le premier observé à Paris.

### 3. — Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta.

(N° 135.)

Dans ce travail, en collaboration avec M. Toupet, nous avons étudié, en nous appuyant sur des observations personnelles, les conséquences de la rétention partielle ou totale du placenta. Laissant de côté les exfoliations lentes et les endométrites déciduales hémorragiques, nous nous sommes attachés à étudier les rapports et les différences du placenta retenu et scléreux, du déciduome bénin, de la môle hydatiforme et du déciduome malin dont nous avons le premier publié une observation à Paris.

Dans tous les cas, il y a eu des symptômes antérieurs de grossesse ; dans tous, on retrouve à l'examen histologique des villosités choriales. Dans le placenta resté adhérent, greffé sur l'utérus, et dans le déciduome bénin, la villosité a conservé sa forme régulière, elle est simplement plus

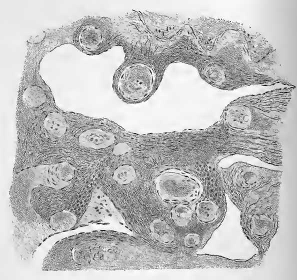


Fig. 50. — Placenta scléreux.

épaisse et plus dense que normalement ; elle présente par places quelques cellules déciduales. Le *placenta* resté *adhérent* se caractérise par ce fait que la trame de la villosité est presque uniquement du tissu fibreux contenant de très rares noyaux, et par cet autre que ses vaisseaux sont complètement oblitérés, tandis que, dans le *déciduome bénin*, on trouve de nombreuses fibres-cellules et une atrophie moins marquée des vaisseaux. Dans les deux cas, l'affection se traduit cliniquement par des hémorragies extrêmement abondantes et par la présence d'une tumeur qui, dans le déci-

duome bénin, peut, bien qu'exceptionnellement, atteindre des proportions notables. Un simple curettage bien fait assure la guérison des malades.

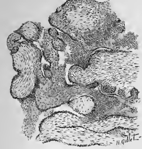
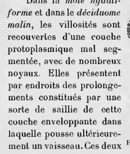


Fig. 51. — Déciduome bénin.



Dans la *môle hydatiforme* et dans le *déciduome malin*, les villosités sont recouvertes d'une couche protoplasmique mal segmentée, avec de nombreux noyaux. Elles présentent par endroits des prolongements constitués par une sorte de saillie de cette couche enveloppante dans laquelle pousse ultérieurement un vaisseau. Ces deux tumeurs diffèrent par la nature du tissu qui sépare le vaisseau

Fig. 52. — Villosité de la môle hydatiforme.



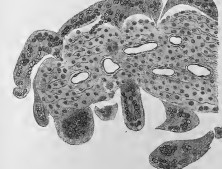


Fig. 53. — Déciduome malin.

central de la couche enveloppante. Muqueux, puis liquide à la dernière

phase de son évolution dans les villosités de la môle hydatiforme, il est embryonnaire dans le déciduome malin.

Ce fait nous explique le rapport constaté en clinique entre la môle hydatiforme et le déciduome malin, ce dernier ayant plusieurs fois succédé à la première. La môle hydatiforme, dont le tissu est myxomateux, aura, on le comprend, une évolution plus bénigne ; elle peut cependant, bien qu'exceptionnellement, infiltrer la paroi utérine.

Le déciduome malin envahit les vaisseaux, se propage à travers la paroi utérine et, s'il n'est pas enlevé assez tôt par une ablation totale de l'organe, tue la malade, soit par hémorragie, soit par généralisation.

## HYSTÉRECTOMIE

### 1. — Hystérectomie par la voie sacrée.

(N° 69 *bis*.)

Nous fondant sur l'étude critique des opérations antérieurement publiées et sur celle de deux faits inédits, nous avons, en collaboration avec notre maître Terrier, successivement exposé les difficultés et les accidents de cette opération, ses complications et ses résultats, ce qui nous a permis d'en fixer le manuel opératoire et les indications.

Parmi les accidents, nous signalerons des hémorragies à la suite de la section des artères présacrées, des décollements pendant la recherche du cul-de-sac péritonéal, qu'on ne peut trouver et ouvrir, la blessure de l'intestin, de la vessie et enfin celle de l'uretère. Cette dernière, intéressante par sa fréquence (4 cas sur 23 opérations), siège toujours sur l'uretère du côté où l'on opère, ce qui s'explique, croyons-nous, par ce fait que cet uretère peut être plus facilement désuni de ces collections celluleuses avec le bassin et que, dès lors mobilisable, il se laisse plus facilement attirer et atteindre.

Secondairement, la cellulite pelvienne, la pelvi-péritonite suppurée, des fistules urinaires ou stercorales, des phlegmons, de larges escarres, la nécrose du sacrum sont autant de complications assez fréquemment observées. Aussi, sur 23 cas relevons-nous 8 morts.

La caractéristique de l'opération consiste dans le fait que le chirurgien se fraie un chemin dans le bassin d'arrière en avant et aborde l'utérus en arrière, soit qu'il passe à côté du sacrum, soit qu'il le résèque, le déplaçant temporairement ou en supprimant définitivement une partie.

Le seul point qui nous ait paru capital, dans le choix du procédé, c'est la nécessité d'avoir beaucoup de jour. A cet égard, l'ostéotomie transversale du sacrum au dessous du troisième trou sacré, suivie de la réapplication du volet ostéo-cutané, temporairement rabattu sur la fesse du côté opposé, nous a paru le procédé d'élection.

Ainsi pratiquée, l'hystérectomie par la voie sacrée nous semble indiquée dans les cas de cancers volumineux et adhérents, surtout lorsque, ce qui n'est pas très rare chez ces malades, le vagin est rétréci et scléreux.

### 2. — Résultats de l'hystérectomie vaginale dans le cancer.

(N° 82.)

L'étude des résultats immédiats et éloignés de 34 hystérectomies consécutives, faites soit par nous, soit par notre maître Terrier pour des cancers de l'utérus, nous a conduit aux conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération sérieuse, donnant 23 p. 100 de mortalité.

2° L'hystérectomie vaginale ne paraît pas plus grave lorsqu'elle est palliative que lorsqu'elle a pour but une extirpation complète. Aussi la conseillons-nous toutes les fois que l'utérus est mobile, alors même que les culs-de-sac vaginaux sont envahis. Elle pourra, du reste, être suivie de l'extirpation du cul-de-sac vaginal, comme dans un de nos cas.

3° La récidive est fréquente, 70 p. 100 des cas ; le plus souvent rapide, elle peut cependant ne se manifester par des signes appréciables pour la malade, qu'au bout d'un temps quelquefois très long, seize mois à deux ans et plus.

4° 30 p. 100 des malades, qui survivent à l'opération en apparence complète, semblent guéries définitivement, alors même que la nature maligne du mal a été constatée cliniquement et histologiquement.

### 3. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus.

(N° 115.)

Au moment où une discussion s'ouvrait sur cette question devant la Société de chirurgie, nous avons, M. Du Bouchet et moi, réuni à deux observations personnelles 55 observations étrangères, ce qui nous a permis de préciser quelques points.

L'opération n'est pas toujours aussi simple qu'on serait tenté de le supposer en voyant l'utérus hors de la vulve. La dissection de la vessie est quelquefois pénible. La mortalité opératoire est notable (5 sur 57 opérations); elle s'explique par ce fait qu'on opère chez des femmes âgées, à tissus flasques, offrant le plus souvent un certain degré de déchéance organique.

L'étude des résultats éloignés de l'hystérectomie dans le prolapsus utérin montre que l'ablation de l'organe ne guérit pas la malade. La chute de l'utérus n'est qu'un élément de l'ensemble pathologique décrit sous le nom de prolapsus utérin. Il y a dans cet ensemble une série de lésions complètement indépendantes de l'état utérin : relâchement et allongement du vagin, laxité de ses moyens de fixité, défaut de son soutien périnéal déchiré, etc., toutes lésions qui ne seront nullement modifiées par l'ablation de l'utérus. Aussi, pour avoir un résultat durable, est-il nécessaire d'adjoindre à l'hystérectomie des opérations plastiques.

L'hystérectomie vaginale est indiquée toutes les fois qu'il existe une lésion de l'organe, telle que gangrène, fibrome, cancer, suffisante à elle seule pour motiver l'intervention. De même l'irréductibilité, dans les cas extrêmement rares où elle a résisté aux tentatives faites après repos et applications locales de pansements, constituera une indication à l'hystérectomie.

En dehors de ces cas, où l'indication opératoire est directement tirée de l'état de l'organe, l'hystérectomie est discutable. On la fera chez les vieilles femmes ayant atteint ou dépassé la ménopause, porteuses d'un utérus allongé, augmenté, constamment dehors, largement ulcéré, donnant lieu à des écoulements variés, muco-purulents ou sanguinolents. L'opération présentant une certaine gravité, on devra toujours, avant de la pratiquer, s'assurer de l'état viscéral, en particulier de celui des reins.

### 4. — L'hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus.

(Nos 337, 339, 341.)

Deux autopsies de cancer du col de l'utérus, faites avec grand soin, nous ont montré, à Lecène et à moi, dans un cas l'intégrité histologique des ganglions, dans l'autre des ganglions néoplasiques, l'un dans la bifurcation de l'artère iliaque primitive droite, l'autre entre l'aorte et la veine cave au niveau de l'émergence de l'artère mésentérique inférieure, dans des régions telles que toute tentative d'extirpation eût été impossible.

L'étude des récidives, après hystérectomie pour cancer, montre, d'autre part, que le mal repullule presque toujours au voisinage de la cicatrice vaginale.

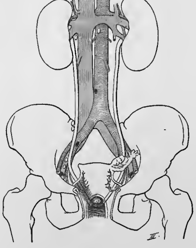


Fig. 54. — Les ganglions marqués en noir sont ceux qui avaient subi la dégénérescence néoplasique.

Ces constatations tendent à nous faire admettre que, dans les opérations abdominales pour cancer, il n'y a pas lieu de songer à faire ces évidements ganglionnaires, dont on a beaucoup parlé il y a quelques années. Il faut se borner à l'ablation des ganglions qu'on trouve manifestement augmentés au cours de l'opération, lorsqu'ils semblent facilement accessibles. Ce qui semble indiqué, c'est de chercher à extirper, avec la partie supérieure du vagin, le plus possible du paramètre.

C'est ce que permet l'hystérectomie abdominale avec ouverture large

des ligaments larges, dissection de l'uretère, précédée ou non de la fermeture et de la libération de la partie inférieure du vagin.

### 5. — Technique de l'ablation de l'utérus dans les ruptures complètes de l'organe.

(N° 232.)

Trois opérations d'hystérectomie pour rupture complète de l'utérus nous ont conduit aux conclusions suivantes :

Pour les ruptures passant en arrière du pédicule utérin, l'hystérectomie supra-vaginale régulière, avec drainage du cul-de-sac recto-utérin, est le procédé de choix. Pour les ruptures plus antérieures qui, par suite de la réflexion plus élevée du péritoine sur le muscle utérin, s'accompagnent de lésions étendues du tissu cellulaire, il y a lieu de recourir à une opération un peu irrégulière, combinant une sorte d'hystérectomie supra-vaginale passant par le foyer de la rupture avec la reconstitution du péritoine déchiré, la marsupialisation des parties contuses et leur drainage. Cette opération, rapide et non sanglante, ce qui a son avantage chez des femmes déjà très affaiblies par le fait même de leur rupture, assure l'écoulement au-dehors des exsudations qui pourraient se faire dans le tissu cellulaire déchiré et contus.

En opérant de cette manière, nous avons obtenu 2 guérisons et 1 mort, celle-ci à la fin de l'opération au moment d'un vomissement, bien que l'opération eût été rapidement conduite et sans perte de sang.

Depuis la publication de ce mémoire, nous avons eu l'occasion d'opérer de la même manière, et avec succès, un quatrième cas de rupture utérine.

### 6. — L'hystérectomie abdominale totale. Sa technique opératoire. Ses indications.

(N° 158.)

Après avoir expérimenté les divers procédés préconisés, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Il faut lier les vaisseaux isolément et attaquer le vagin par le cul-de-

sac postérieur. Celui-ci n'est facile à atteindre que si l'on commence par sectionner l'étage supérieur des ligaments larges, énucléant, s'il y a lieu, les fibromes intra-ligamentaires. Ces manœuvres exécutées, l'utérus se laisse attirer en haut et en avant sur la symphyse, la paroi postérieure du vagin devient facilement abordable. Je l'ouvre sur la ligne médiane postérieure, je désinsère le col, d'abord en arrière, puis à droite, puis en avant, puis à gauche, liant les utérines avant de les couper.

Dix-huit hystérectomies abdominales ainsi pratiquées m'ont donné 18 succès opératoires.

## ANNEXITES

### 1. — 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines.

(N° 96.)

Les 59 observations qui font l'objet de ce travail, écrit en collaboration avec le professeur Terrier, sont successivement étudiées au point de vue : 1° de l'étiologie ; 2° de l'anatomie pathologique ; 3° de la technique opératoire ; 4° des résultats obtenus.

1° *Étiologie.* — L'âge des malades a varié de vingt à quarante-quatre ans, avec un maximum de fréquence de vingt-quatre à trente-six. Quatre avaient eu des grossesses à terme, 2 des fausses-couches seulement ; 17 n'avaient jamais été enceintes. Deux fois les lésions ont succédé à des manœuvres intra-utérines (pose d'une tige intra-utérine, dilatation).

2° *Anatomie pathologique.* — Vingt-quatre fois la collection purulente a été bilatérale ; 16 fois elle a siégé à droite, 16 fois à gauche ; dans un cas, la collection intra-péritonéale n'a pu être rattachée à l'un ou à l'autre côté Sur les 32 cas où la suppuration était unilatérale, 6 fois les annexes du côté opposé étaient absolument saines, 10 fois il s'agissait de lésions inflammatoires légères, 3 fois d'une hydrosalpingite, 1 fois d'un hématome ovarien, 1 fois d'un kyste parovarien, 6 fois de lésions scléreuses graves, résultat probable de suppurations actuellement résorbées (5 fois, l'état n'a pas été noté).

Quarante-sept fois le siège exact des lésions a été précisé. Dans un

cas, il y avait une suppuration enkystée intra-péritonéale ouverte dans le rectum, dans 42 les foyers étaient en rapport avec la trompe, dans 3 la suppuration était exclusivement ovarienne, dans 1 il y avait une pelvipéritonite à loges suppurées multiples.

Dix fois le foyer était situé entre l'extrémité de la trompe et une anse d'intestin (anse oméga 3, cæcum et anses grêles 4, anses grêles 3). C'est dire que les suppurations péri-utérines peuvent s'ouvrir dans des portions d'intestin plus élevées que le rectum. Dans un certain nombre de cas, il existait des altérations de l'intestin (épaississement, friabilité, induration cartonnée; 8 fois une perforation antérieure à l'opération). Une fois, la poche suppurée communiquait à la fois avec l'intestin et la vessie; les matières fécales passaient par son intermédiaire dans celle-ci.

3° *Technique opératoire.* — Au point de vue de la technique opératoire, nous avons insisté sur la nécessité qu'il y a à voir ce qu'on fait, recourant dans ce but à la position élevée du bassin et à une incision assez longue. Au cours de l'opération, nous protégeons l'intestin avec des compresses stérilisées à l'autoclave et cherchons autant que possible à opérer sans contact avec l'intestin, en foyer limité dans l'excavation, le reste de la séreuse étant isolé par les compresses; dans 43 cas, on a eu recours au drainage fait avec de gros drains de caoutchouc.

4° *Suites immédiates et éloignées.* — Ces 59 cas ont donné 12 morts, dont 7 pour les 31 premiers cas, 5 seulement pour les 28 derniers, abaissement de la mortalité qui a concordé avec l'emploi du plan incliné. Quarante-sept cas ont pu être suivis à longue échéance. De ces 47 malades, 43 n'ont plus souffert, 2 souffrent encore, 2 ont de petites douleurs de temps à autre. Le seul inconvénient que nous ayons constaté est la persistance, dans 6 cas, d'une fistulette pyostercorale.

## 2. — Bactériologie de suppurations péri-utérines.

(N° 117.)

Une série d'examens bactériologiques de lésions annexielles nous ont permis, avec M. Morax, de faire les constatations suivantes :

Dans tous les cas de salpingites catarrhales ou parenchymateuses et d'hydrosalpingites, nous n'avons pas trouvé de micro-organismes. Dans 3 cas de grossesse tubaire avec hémato-salpinx et même dans 2 héma-

tocèles rétro-utérines avec fievre (38°,4 dans un cas, 38°,8 dans l'autre), l'ensemencement d'une grande quantité de sang n'a donné lieu à aucune culture.

Deux cas de suppuration du tissu cellulaire du ligament large nous ont montré du streptocoque à l'état de pureté.

Sur 33 collections suppurées, formées aux dépens des annexes, 13 fois le pus était stérile ; 13 fois il contenait des gonocoques, 12 fois à l'état pur, 1 fois associés à du Bacterium coli. Dans ce dernier cas, le rectum était induré, cartonné ; la collection semblait sur le point de s'y ouvrir ; aussi pensons-nous qu'il s'est agi là d'une infection secondaire, d'une salpingite blennorragique, par du coli venu à travers la paroi de l'intestin ; 4 fois le pus contenait des streptocoques, 1 fois à l'état pur, 1 fois associés à du Bacterium coli et à un petit bacille, 1 fois au même petit bacille et 1 fois à un bacille en chaînettes ; 2 fois il s'est agi de collections à pneumocoques, 1 fois de collections à Bacterium coli.

Les cas à pus stérile se rapportaient, l'un à une ovarite tuberculeuse, les autres à des lésions anciennes. Par contre, les salpingites contenant des gonocoques se sont toutes présentées chez des femmes ayant des poussées pelvi-péritonitiques récentes, datant le plus souvent de quatre à cinq semaines. Les poussées salpingiennes avaient suivi d'assez près l'apparition d'un écoulement jaune verdâtre à la vulve ; en un mot, la salpingite avait suivi une inoculation blennorragique récente.

*L'influence des grossesses antérieures* sur le développement de la salpingite blennorragique nous a paru manifeste. 2 fois sur 13 seulement il s'agissait de nullipares ; chez ces dernières, l'infection gonococcienne semble se confiner le plus souvent dans le col utérin, donnant ainsi naissance à une variété rebelle d'endométrite cervicale. La salpingite à streptocoques nous a paru succéder presqu'immédiatement à des lésions en quelque sorte traumatiques du col de l'utérus, un avortement, la dilatation d'un utérus fibromateux, etc.

Nos recherches sur l'existence d'un *rapport entre l'état de la température et la nature de la lésion* sont restées négatives. Si, dans quelques cas de foyers suppurés, nous avons noté des températures de 38°, 39° et même 40°, le plus souvent la température était normale au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital. De plus, nous avons observé des températures de 37°,8, 38° chez des malades ayant des salpingites non suppurées et même 38°,4, 38°,5, 38°,8 chez trois malades ayant des hématocèles enkystées non infectées.

L'examen du contenu du drain abdominal placé après l'opération nous a montré que, dans les salpingites à pus stérile ou à gonocoques, le liquide reste stérile pendant les quarante-huit premières heures; il est secondairement infecté, vers le troisième ou le quatrième jour, par des microbes variés, spécialement par le Staphylococcus epidermitis. Au contraire, dans les salpingites à streptocoques, nous avons constaté la présence de cet agent infectieux dans le drain sept à huit jours après l'opération.

### 3. — Salpingites blennorragiques sans oblitération du pavillon.

(N° 131.)

Une série de faits, constatés au cours d'interventions opératoires, nous a permis de montrer que la salpingite à gonocoques, même suppurée, ne



FIG. 55. — Du pus coule du pavillon non oblitéré.

s'accompagne pas fatalement d'une oblitération du pavillon; qu'elle peut, comme l'urétrite blennorragique, passer de la phase purulente à la phase catarrhale et guérir, ne déterminant donc pas d'une manière fatale la stérilité.

### 4. — La torsion du pédicule des salpingo-ovarites.

(Nos 146, 179, 216.)

La brièveté et la largeur du pédicule des salpingites font que sa torsion

est beaucoup plus rare que celle du pédicule des kystes de l'ovaire. Quatre cas, que nous avons opérés, joints à onze autres publiés par divers observateurs, nous ont permis, à E. Reymond et à moi, dans deux mémoires successifs, de tracer l'histoire anatomique et clinique de cette affection.

Au point de vue *anatomique*, on a à étudier deux points :

1° Les lésions au niveau de la torsion, qui peut porter uniquement sur

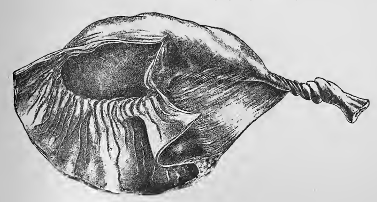


Fig. 56. — Hydrosalpingite à pédicule tordu, l'ovaire participe à la torsion.

la trompe (7 cas), ou intéresser le pédicule commun de la trompe et de l'ovaire (5 cas). Le sens de la torsion et le nombre des tours effectués par la tumeur sont variables.

Dix fois la torsion siégeait à droite; 4 fois à gauche. La torsion semble débuter le plus souvent par une chute de l'extrémité externe de la trompe en arrière, ce qui produit à droite une torsion dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre, à gauche une torsion en sens inverse. 2 cas, faisant exception à la règle, avaient trait à des annexes droites qui, au lieu de tomber en arrière, avaient évolué en avant dans le cul-de-sac vésico-utérin ; l'état gravide de l'utérus avait peut-être joué un rôle dans un de ces deux cas.

2° Les lésions des organes tordus sont les unes antérieures à la torsion, hydrosalpingite le plus souvent, les autres consécutives, augmentation rapide de volume, existence d'hémorragies tant à l'intérieur de la trompe et dans les petites cavités kystiques de l'ovaire que dans la trame même des tissus. Un point précisé dans nos observations, c'est que les artères sont moins rapidement oblitérées que les veines et que le sang arrive encore alors qu'il ne peut plus sortir.

Au point de vue *clinique*, nous avons insisté sur l'importance de la




Fig. 57. — Hydrosalpingite à pédicule tordu; l'ovaire ne participe pas à la torsion.

douleur, quelquefois telle qu'elle peut amener la syncope, sur les vomissements et les autres signes de péritonite concomitante, sur l'augmentation rapide du volume de la tumeur.

Les symptômes sont, en somme, les mêmes que ceux qui accompagnent la torsion des kystes de l'ovaire, péritonite de gravité variable et, dans des cas très aigus, symptômes simulant l'obstruction intestinale, ces différences dans l'évolution tenant à ce que la torsion est plus ou moins serrée. Lorsque la torsion est moins serrée et se fait progressivement, il y a des symptômes ressemblant à des coliques néphrétiques.

### 5. — La colpotomie postérieure dans le traitement des annexites suppurées.

(N° 178.)

Laissant de côté la colpotomie dans les hématocèles simples ou infec-

técs, dans les suppurations du tissu cellulaire, dans les collections suppurées du cul-de-sac recto-utérin, tous cas où il n'y a pas de poche préexistante et où l'incision directe semble indiquée sans contestation, je n'ai, dans ce travail, étudié que la question de la colpotomie appliquée aux cas de suppuration annexielle *où il y a une poche préexistante.*

Deux points sont à envisager dans l'étude de cette question :

1° La collection intra-annexielle est-elle souvent abordable par l'incision vaginale simple ?

2° Les résultats sont-ils bons quand on abandonne à la rétraction spontanée une de ces poches simplement ouverte ?

23 colpotomies, faites dans ces conditions, nous ont montré qu'en incisant la muqueuse vaginale postérieure et en suivant avec l'ongle la face postérieure de l'utérus, se dirigeant plus ou moins à droite ou à gauche suivant le siège de la lésion, on arrive toujours à ouvrir la collection.

Cette colpotomie postérieure me paraît surtout utile lors de foyers suppurés localisés à marche aiguë ou subaiguë ; souvent elle suffit à elle seule pour amener la cessation des symptômes et, dans les autres cas, elle diminue certainement la gravité du pronostic de l'opération abdominale secondaire.

### 6. — Traitement opératoire des annexites.

(N^os 146, 147, 168, 188, 191, 211, 291, 337.)

Dans une série de communications, dans les travaux que j'ai inspirés, j'ai cherché à montrer la supériorité de la voie abdominale sur la voie vaginale dans le traitement des annexites.

Avec la position élevée du bassin, l'emploi judicieux de compresses aseptiques limitant le champ opératoire, on peut, par la voie abdominale, opérer dans un bassin vide d'intestin ; tout en conservant, en augmentant même les avantages de la voie abdominale, on acquiert ceux que donnait seule autrefois la voie vaginale, la possibilité de manœuvrer dans un champ opératoire limité sans s'exposer à des contaminations multiples. Aussi les *résultats immédiats* se sont-ils considérablement améliorés.

Il en a été de même des *résultats éloignés*. Autrefois l'hystérectomie vaginale me donnait 86 p. 100 de résultats parfaits, alors que 55 p. 100

de mes laparotomisées étaient seules débarrassées de tout phénomène morbide. Un examen minutieux de mes opérées m'a montré que les troubles consécutifs aux castrations annexielles abdominales tenaient soit à la persistance de moignons douloureux, soit à des utérus douloureux et suppurants. Ces faits sont consignés dans la thèse de mon élève Audiau. J'ai dès lors supprimé ces deux causes de troubles consécutifs par la ligature isolée des vaisseaux et par l'ablation concomitante de l'utérus toutes les fois que j'étais conduit à faire l'ablation bilatérale des annexes, suturant très exactement le péritoine pelvien et ne laissant aucune ligature à nu.

Depuis ce moment, les résultats définitifs de mes opérations abdominales ont été supérieurs à ceux des opérations vaginales, celles-ci laissant quelquefois des débris d'annexes, des appendices malades, etc.

Après les ablations unilatérales, l'utérus peut nécessiter un traitement consécutif; mais nous trouvons que le fait de conserver les fonctions génitales vaut bien quelques ennuis et une prolongation de traitement. L'argument de la conservation possible, même à ce prix, nous semble plaider en faveur de l'opération abdominale, et notre but doit être de faire le moins de châtrées possible.

En 1896, au Congrès international de gynécologie de Genève, j'avais publié une série de 166 opérations pour annexites, faites du 1[er] janvier 1893 au 1[er] août 1896, avec 7 morts, 4,22 p. 100 ;

104 laparotomies, 4 morts, 3,8 p 100 ;

39 castrations vaginales, 3 morts, 7,68 p. 100 ;

22 colpotomies, 0 mort ;

1 incision abdominale de salpingite suppurée guérie.

En 1900, au Congrès de Paris, je donnais la suite de ma statistique: 115 opérations, avec 1 mort, 0,87 p. 100.

Ces 115 opérations se décomposaient en :

60 castrations abdominales totales pour lésions bilatérales graves des annexes avec 1 mort ;

37 laparotomies avec conservation partielle ;

16 colpotomies, 2 hystérectomies vaginales, toutes guéries.

En 1905, je revenais encore sur cette question, en publiant une troisième série de 116 opérations avec 2 morts, dont 1 tardive liée à des accidents pulmonaires.

Ces 116 opérations se décomposaient en :

79 castrations abdominales totales ;

25 laparotomies avec conservation partielle ;

12 colpotomies.

J'avais dès lors abandonné complètement la castration vaginale et pratiquais d'une manière exclusive, sans faire de distinction entre les cas, l'opération abdominale.

Depuis cette époque, j'ai toujours continué à avoir les mêmes idées. Ma technique ne s'est modifiée que sur un point. Dans les cas où, à la suite de décortication d'annexites très adhérentes, il reste un fond de bassin suintant, au lieu de chercher à péritoniser complètement le plancher de l'excavation et de drainer par l'abdomen, je ne péritonise que les parties latérales des ligaments larges, puis je draine son fond par le vagin au-dessous d'un cloisonnement constitué par la suture du côlon pelvien au péritoine qui double la face postérieure de la vessie.

## TUMEURS UTÉRINES

### 1. — Adénome diffus du col utérin simulant le cancer.

(N° 401.)

Chez une femme de 43 ans, se plaignant d'un écoulement continu de liquide sale, malodorant et présentant au fond du vagin, à la place du col, une tumeur bourgeonnante, rouge et ulcérée, l'examen microscopique de l'utérus enlevé a montré à M. Lecène l'existence d'une lésion exceptionnelle, d'un adénome diffus du col.

La tumeur, *cliniquement*, offrait déjà quelques caractères la différenciant de l'épithélioma ; elle n'avait pas les bords éversés habituels à celui-ci et de plus était moins friable, plus fibreuse.

Sur une coupe *à l'œil nu*, on constatait qu'il existait un arrêt brusque dans la pénétration des bourgeons néoplasiques tout autour de la cavité que le néoplasme s'était creusée dans le col.

*Au microscope*, on trouva, à la place de la muqueuse du canal cervical, de volumineux bourgeons végétants, formés d'une part d'un stroma conjonctif jeune, très infiltré de leucocytes polynucléaires et riche en vais-

seaux capillaires ; d'autre part, de cavités irrégulières, en doigt de gant, d'aspect glandulaire, revêtues d'épithélium cylindrique haut, sans cils vibratiles, mais présentant en certains points une évolution muqueuse. Presque partout, dans ces cavités pseudo-glandulaires, il n'y avait qu'un



Fig. 58. — Coupe de l'adénome diffus du col utérin, vu à un faible grossissement (40).



Fig. 59. — Un des pseudo-tubes glandulaires.

seul rang de cellules cylindriques, dont les noyaux bien colorés occupaient la base : tout autour des cavités tapissées d'épithélium, on trouvait une basale nette, sans infiltration des cellules épithéliales dans le tissu conjonctif environnant.

Nous n'avons trouvé dans la littérature qu'un cas publié par Mansfeld pouvant être rapproché du nôtre.

## 2. — Cancer de l'isthme de l'utérus.

(N° 91.)

Le cancer de l'isthme se différencie des autres cancers de l'utérus par ce

fait qu'il s'accompagne souvent de pyométrie avec rétentions intermittentes et hypertrophie du corps utérin, ce qui s'explique par ce fait que la lésion occupe à la fois la cavité du col, qu'elle oblitère partiellement, et la partie adjacente de la cavité utérine, où elle déverse ses sécrétions.

### 3. — Suppuration gangreneuse des fibromes utérins.

(N° 141.)

La coïncidence de phénomènes gangreneux et suppuratifs au niveau



FIG. 60. — Coupe de l'utérus avec suppuration et gangrène débutant dans la capsule des fibromes.

de fibromes indépendants de la cavité utérine est un fait connu. Mais avant

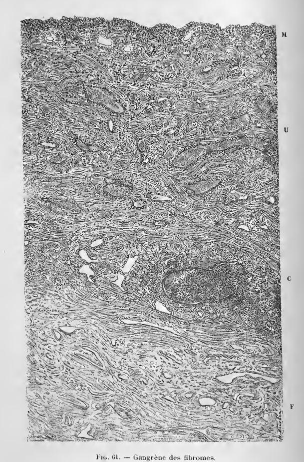



Fig. 61. — Gangrène des fibromes.

Sur cette coupe, on voit en M la muqueuse, présentant au-dessous de l'épithélium une infiltration embryonnaire ; — la portion de tissu utérin U intermédiaire à la muqueuse et au fibrome montre autour des vaisseaux des traînées leucocytaires ; — C, capsule du fibrome, transformée en une nappe purulente ; — F, fibrome.

les recherches que nous avons entreprises avec M. Mignot, la pathogénie de ces accidents était peu précise.

Nous avons montré, dans une observation typique, que la gangrène et la suppuration étaient sous la dépendance d'un même agent, un microbe anaérobie, dont nous avons précisé les caractères.

Dans notre observation, ce microbe existait seul et peu abondant sur la muqueuse utérine ; il existait seul, mais très abondant dans le pus de la capsule des fibromes. Il est donc vraisemblable que c'est à sa présence qu'étaient dues les modifications constatées dans les fibromes.

L'infection semble se faire par les lymphatiques qui apportent le microbe de la muqueuse dans la capsule du fibrome. L'absence d'infiltration embryonnaire périglandulaire, jointe à l'abondance de traînées de leucocytes le long des vaisseaux, l'établit. Au niveau de la capsule du fibrome, l'infiltration leucocytaire est si abondante qu'il y a là une véritable nappe purulente ; en même temps, les vaisseaux y sont thrombosés. Aussi, le fibrome, en même temps qu'il est envahi par des cellules embryonnaires à la périphérie, se nécrose-t-il par son centre jusqu'au moment où il tombe en déliquium pour se confondre avec la masse putrilagineuse dans laquelle il baigne. Sur notre pièce, on assistait, au niveau des divers fibromes, aux stades successifs de cette transformation.

### 4. — Bartholinites.

(N° 153.)

Avec Dujon, nous avons montré que, si, dans le pus des bartholinites récentes, on trouvait le plus souvent des gonocoques, dans les abcès de la bartholinite à répétition, ce microbe disparaissait pour faire place à des microbes divers, en particulier à des anaérobies, résultat d'une infection secondaire.

# VOIES URINAIRES

## 1. — Cystoscopie directe chez la femme.

(Nos 267, 276.)

La cystoscopie directe avec un simple tube uréthroscopique peut être facilement pratiquée pour peu qu'on élève fortement le bassin ; le contenu



Fig. 62. — Examen de l'intérieur de la vessie en position élevée du bassin.

abdominal tombe vers le diaphragme, et l'air qui pénètre dans la vessie la distend. Ce procédé très simple d'examen a encore l'avantage de

permettre l'application directe de topiques médicamenteux sur les points malades.

### 2. — Hématurie dans les fibromes utérins.

(N° 231.)

Rapprochant une observation personnelle d'un autre cas publié par Loumeau, nous avons montré qu'on peut, au cours de l'évolution de petits fibromes dans la cloison vésico-utérine, voir survenir des hématuries. Celles-ci sont le résultat du développement, dans la région vésicale correspondant au fibrome, d'une plaque de cystite granuleuse hématurique.

L'erreur avec le myome vésical est difficile à éviter, même après examen cystoscopique.

### 3. — Traitement de certaines fistules vésico-vaginales.

(N° 293.)

A propos du traitement des fistules vésico-vaginales, nous avons insisté sur les avantages que présente dans les fistules situées au fond d'un entonnoir, fistules dont le type est la fistule consécutive à l'hystérectomie vaginale, le débridement vulvaire vaginal combiné à l'avivement par le procédé de Braquehaye, dédoublement de la périphérie au centre, après incision circulaire à distance de l'orifice fistuleux. En opérant ainsi, on a un jour très suffisant et l'on va de la partie facilement accessible vers la partie difficilement accessible, de la partie antérieure vers le fond du vagin, rétracté et cicatriciel, ce qui simplifie notablement l'opération et nous a, dans plusieurs cas, donné des succès.

Le débridement vulvo-vaginal, que nous pratiquons de dehors en dedans, est continué par entaille progressive jusqu'à ce que la fistule soit devenue facilement accessible. Ce débridement se répare de lui-même et l'on est étonné de voir au bout de quelque temps comme la vulve s'est spontanément reconstituée.

## 4. — Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre chez la femme.

(N° 380.)

L'observation, point de départ de ce travail, est intéressante :

1° Parce qu'elle montre, en dehors de tout processus cicatriciel, un rétrécissement serré de l'urètre féminin ;

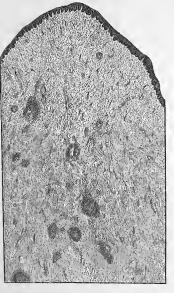


Fig. 63. — En haut, l'épithélium urétral est conservé, non altéré ; au-dessous, dans le tissu conjonctif sous-muqueux très épaissi et sclérosé, on trouve, disséminés çà et là, des nodules, dont il est impossible d'étudier les caractères à ce faible grossissement.

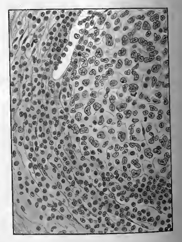


Fig. 64. — Un des nodules examiné à un fort grossissement. En bas et à gauche, on voit une infiltration leucocytaire abondante ; à droite et en haut, de nombreuses cellules épithélioïdes, dont quelques-unes tendent à se fusionner et à se disposer en croissant, ébauchant une cellule géante.

2° Parce qu'elle établit l'existence, au niveau de celui-ci, de cette forme spéciale de tuberculose hypertrophique et sténosante à laquelle on rattache déjà certains rétrécissements intestinaux, en particulier des rétrécissements du cæcum et du rectum. C'est le premier cas publié de cette maladie.

### 5. — Le cancer de l'urètre chez la femme.

(N° 143.)

Revue générale sur l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement du cancer de l'urètre chez la femme.

### 6. — Suppuration des canaux accessoires de l'urètre chez la femme.

(N° 169.)

Dans ce mémoire, en collaboration avec E. Reymond, nous avons montré qu'à côté des abcès développés dans la cloison urétro-vaginale, aux dépens des follicules intra-urétraux, on devait décrire une autre variété de suppurations siégeant également dans la cloison urétro-vaginale, mais n'ayant leur point de départ ni dans le canal, ni dans les glandes qui s'abouchent à la surface de la muqueuse.

Le siège anatomique de ces abcès et la structure histologique de leur paroi, qui nous montre l'existence de papilles dermiques, établissent qu'il s'agit là de collections développées dans des canaux para-urétraux.

### 7. — Drainage de la vessie après la taille hypogastrique chez la femme.

(N° 78.)

Nous appuyant sur quatre faits personnels, nous montrons les avantages, chez la femme, du drainage pubio-urétral, que nous pratiquons en passant de l'hypogastre dans l'urètre un tube, perforé dans sa portion intra-vésicale, maintenu par une épingle de nourrice au niveau de son extrémité hypogastrique et plongé par l'autre dans un urinal, situé entre les jambes de la malade. Très simple, assurant l'écoulement des urines pourvu qu'un œil du drain réponde au petit lac intravésical, et permettant de suturer

presque complètement la plaie de la vessie, ce mode de drainage a parfaitement fonctionné dans les cas où nous l'avons employé.

Nous y avons eu recours à diverses reprises depuis la publication de ce mémoire, et toujours avec les mêmes avantages.

## VARIA

### 1. — Traitement de la rétroflexion de l'utérus gravide.

(N° 148.)

Nous appuyant en particulier sur quatre observations personnelles, nous nous sommes élevé contre les interventions opératoires préconisées par Jacobs et avons montré que la réduction manuelle était possible dans l'immense majorité des cas.

### 2. — La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire.

(N° 142.)

Dans cette revue générale des travaux publiés sur la question, nous montrons que bon nombre de cas, dits de choc traumatique, sont en réalité des septicémies péritonéales. Nous y étudions les conditions de développement, de virulence de l'agent pathogène, le milieu de culture, le terrain, l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement qui doit, avant tout, être prophylactique et consister dans une asepsie absolue des mains, compresses et instruments.

### 3. — Les ligatures atrophiantes dans le traitement des tumeurs utérines.

(N^os 160, 172.)

La méthode de traitement des tumeurs par les ligatures atrophiantes avait été conseillée depuis une époque très reculée pour certaines tumeurs; mais jusqu'à ces dernières années on n'avait pas osé l'appliquer à l'utérus par crainte d'accidents.

L'existence de pédicules vasculaires bien distincts devait cependant engager à intervenir sur cet organe ; l'opération était anatomiquement possible, à l'inverse de ce qui arrive pour les régions recevant des vaisseaux disséminés.

La disparition des accidents septiques, à la suite de la vulgarisation des méthodes nouvelles de pansement, devait fatalement amener un retour à ce mode de traitement des tumeurs utérines.

Expérimentée en Allemagne et en Amérique, cette méthode n'avait jamais été étudiée en France. Ayant eu l'occasion d'y recourir un certain nombre de fois, nous avons pu établir avec notre élève Fredet :

1° La bénignité de l'intervention ;

2° Son insuffisance dans les cas de cancer inopérable de l'utérus, les malades n'en retirant qu'un bénéfice très minime, consistant en un arrêt momentané des sécrétions ;

3° Son utilité dans les cas de fibromes petits ou moyens, lorsqu'ils ne s'accompagnent pas de phénomènes inflammatoires péri-utérins.

### 4. — L'acétonurie consécutive à la régression des fibromes utérins.

(N° 172.)

Nos examens d'urine, faits chez des malades ayant subi des ligatures atrophiantes, ont confirmé les résultats annoncés par Bossi (de Gênes). Toujours l'acétonurie a été constatée, après l'opération, en quantité notable et très supérieure à la normale.

### 5. — Manuel opératoire de la ligature des artères utérines.

(N° 172.)

L'artère utérine peut être liée par l'abdomen ou par le vagin. Nos recherches cadavériques faites avec notre élève Fredet et nos opérations sur le vivant nous ont conduit à préconiser la technique suivante :

1° *Ligature par l'abdomen.* — La malade étant placée dans la position élevée du bassin, on fait une incision médiane sous-ombilicale commençant à 1 centimètre et demi au-dessus du pubis et se terminant à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic. Maintenant les intestins sous des compresses stérilisées et écartant, avec des rétracteurs, les lèvres droite et

gauche de la plaie, on relève l'ovaire avec une pince de Museux et l'on met ainsi sous les yeux la fossette ovarienne. A son niveau, au-dessus du psoas, l'uretère se voit par transparence. Parallèlement à lui et un peu en avant, on fait, dans la fossette ovarienne, une incision péritonéale de quelques centimètres. Saisissant, entre les mors de deux pinces à longues branches, les lèvres de l'incision faite à la séreuse, il suffit de décoller un peu le péritoine avec la sonde cannelée et de le rejeter en arrière pour trouver, à 3 centimètres environ au-dessous du détroit supérieur, l'artère utérine et l'ombilicale au moment où ces vaisseaux se dégagent au-devant de l'uretère.

Rien n'est plus simple, une fois l'artère reconnue, que de passer une aiguille mousse au-dessous d'elle et de la lier. Quelques points de soie fine réunissent ensuite les bords de l'incision péritonéale.

2° *Ligature par le vagin.* — Nous commençons par faire une incision de la muqueuse vaginale autour du col, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, adjoignant à cette incision deux fentes latérales que nous prolongeons jusque sur les côtés du vagin. Nous décollons ensuite, avec l'ongle, la muqueuse vaginale en avant et en arrière, et nous exposons ainsi le pédicule utérin que nous lions en masse à la soie. L'incision vaginale est ensuite refermée par quelques points de catgut.

## 6. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale.

(N° 26.)

Ce cas, opéré par M. Brun, est intéressant par le volume de la tumeur, qui pesait 6 kilogrammes, et par les rapports intimes et étendus qu'elle contractait avec le péritoine. Celui-ci formait, pour ainsi dire, paroi à toute la portion de la masse qui proéminait dans la cavité abdominale, et partout son adhérence était telle qu'il n'y avait même pas à penser à en tenter le décollement.

## 7. — De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire.

(Nos 7, 28 *bis*.)

Nous avons cherché, par la réunion d'un certain nombre d'observations, à soutenir l'opinion des auteurs qui veulent que l'ascite soit le résultat

d'une inflammation péritonéale légère. Surtout fréquente dans les tumeurs végétantes de l'ovaire, elle n'est pas, comme on l'a dit, exclusivement liée à celles-ci et existe, dans un certain nombre de tumeurs en l'absence de toute végétation extérieure (kystes sans végétation externe, mais à végétations internes abondantes, à paroi ayant subi partiellement la dégénérescence graisseuse ; tumeur solide, telle que fibrome ou sarcome, surtout si la tumeur est pédiculée, etc.).

## 8. — De la conduite à tenir vis-à-vis du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avancée avec fœtus vivant.

(N° 220.)

Dans la grossesse extra-utérine, à une période avancée, avec fœtus vivant, on a regardé comme dangereuse l'ablation immédiate du placenta. Nous croyons qu'il y a lieu d'établir une distinction entre les cas et qu'il faut, à ce point de vue, tenir compte de la façon dont se fait l'irrigation vasculaire ; si les vaisseaux viennent directement de la trompe, il est aisé de les lier, et alors l'opération peut être rapidement terminée par l'extraction du fœtus et l'ablation du placenta. Si, au contraire, on se trouve en présence d'adhérences intestinales très vasculaires, il est dangereux d'enlever le placenta et la prudence commande de s'abstenir.

L'abandon du placenta dans la poche marsupialisée, tout en n'étant pas un traitement de choix, peut constituer un traitement de nécessité.

## 9. — Traitement de l'imperforation du vagin.

(N° 313.)

Nous avons insisté sur les *avantages de la laparotomie exploratrice* dans les cas où l'utérus ne semble pas situé immédiatement au contact du cul-de-sac vaginal imperforé.

Elle permet :

1° De se rendre compte de l'état des parties et de décider s'il y a lieu de tenter une reconstitution vagino-utérine ;

2° De refouler l'utérus en bas et de le rendre ainsi plus accessible par le périnée dans les cas où l'on veut tenter cette reconstitution.

### 10. — Pseudo-hermaphrodite.

N°s 194, 259.)

Dans un rapport présenté à la Société de chirurgie à propos d'une observation de Paul Delagénière, nous avons fait une étude des *pseudo-hermaphrodites masculins*.



Fig. 65. — Pseudo-hermaphrodite féminin.

Ultérieurement, nous avons présenté à la même Société un beau type de *pseudo-hermaphrodite féminin*, que nous avons eu l'occasion d'observer à 7 et à 17 ans. Dans ce cas nous avions dû faire l'amputation du clitoris développé en forme de pénis pour remédier à des accidents de masturbation.

# VI. — VOIES URINAIRES

## URÈTHRE ET PROSTATE

### 1. — Dilatation des rétrécissements dits élastiques.

(N° 28.)

Par la publication d'une série d'observations, recueillies à la clinique de l'hôpital Necker, nous montrons les avantages que l'on peut retirer du séjour prolongé des bougies dans les cas de rétrécissements dits élastiques. Le maintien d'une bougie à demeure pendant plusieurs heures chaque nuit a suffi, chez plusieurs malades, pour assurer au canal un calibre considérable.

### 2. — Uréthrotomie interne.

(N° 61.)

Exposé de la technique, des indications et des résultats de l'uréthrotomie interne.

### 3. — La tuberculose de la glande bulbo-urétrale.

(Nos 244-276.)

Rapprochant, avec Lecène, les cas publiés d'observations personnelles,

nous avons établi d'une manière indéniable l'existence d'une cowpérite tuberculeuse. Le diagnostic avec les inflammations chroniques blennorragiques est difficile. Le traitement consiste dans l'extirpation du noyau chroniquement enflammé, qu'on aborde par une incision comparable à celle de la périnéotomie transversale.

### 4. — Kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-uréthrale.

(N° 302).

Les kystes développés aux dépens des glandes bulbo-uréthrales sont très rares. Dans notre observation, la paroi kystique était recouverte d'un épithélium cubique, entouré de tissu conjonctif dense, avec des débris de glandes en grappe dans un point de la paroi.

### 5. — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate.

(N° 375).

Dans ce travail nous avons, avec notre élève Lavenant, réuni les divers cas d'abcès de la prostate que nous avons eu à traiter. L'abcès de la prostate n'est pas fréquent. Sur environ 11.000 malades atteints de maladie des voies urinaires, nous n'avons observé que 33 cas d'abcès vrais de la prostate, alors que le nombre des suppurations canaliculaires guéries par le massage a été considérable. L'affection s'est montrée avec un maximum de fréquence entre 20 et 40 ans, ce qui s'explique par ce fait que c'est la période de la vie où les uréthrites s'observent le plus fréquemment et que les uréthrites sont le point de départ habituel de ces abcès.

Sur nos 33 malades, 28 étaient porteurs d'une uréthrite, aiguë ou subaiguë (20 fois), très ancienne (4 fois) ; 1 avait un rétrécissement de l'urèthre, 3 une hypertrophie prostatique, 1 seule fois l'infection s'est faite par voie sanguine.

De ces 33 abcès, 15 se sont ouverts dans l'urèthre ; cette ouverture spontanée a été suivie de guérison dans 12 cas, 3 fois on a dû intervenir opératoirement, l'ouverture ayant été insuffisante pour amener la guérison.

Nos 21 interventions ont toutes été pratiquées par la voie périnéale, la périnéotomie transversale, déjà conseillée par Segond, nous ayant paru la voie d'accès la plus sûre. Deux de nos malades out succombé, mais l'issue fatale n'a rien eu à voir avec l'intervention ; dans un cas il s'agissait d'un abcès métastatique de la prostate ; dans l'autre, d'un vieillard cardiaque qui a succombé à des accidents cardio-pulmonaires. Dans tous les autres cas, la guérison a été complète et sans fistule.

## 6. — Prostatite chronique.

(N° 49.)

On attribue souvent à la prostatite chronique un ensemble de troubles fonctionnels multiples. Rien n'est moins exact. Le complexus symptomatique, regardé comme caractéristique de cette affection, se rencontre chez des névropathes indemnes de toute lésion anatomique de la glande. Il manque, d'autre part, chez le plus grand nombre des malades porteurs de lésions inflammatoires chroniques de la prostate, ainsi que cela résulte des constatations que nous avons faites et que notre maître, M. Guyon, a bien voulu relater dans ses leçons cliniques.

Soumettant à un examen systématique de la prostate 27 malades atteints d'urétrite postérieure ancienne, nous avons trouvé 10 fois des lésions de la prostate, sensibles au toucher rectal (induration et augmentation partielle de volume, augmentation et induration totales). Sur ces 10 malades, reconnus anatomiquement atteints de prostatite chronique, 6 n'avaient aucun symptôme fonctionnel.

## 7. — Technique de la prostatectomie périnéale.

(Nos 276-290.)

L'ablation de la prostate hypertrophiée comprend deux temps : 1° l'exposition de la face postérieure de la prostate ; 2° l'ablation de la prostate mise à nu.

Dans le premier temps il faut se rappeler que le rectum est attiré en avant par le muscle recto-uréthral. Il faut donc, après avoir découvert

l'urètbre membraneux, sectionner immédiatement en arrière de lui, à petits coups et transversalement, les trousseaux d'apparence fibreuse qui le réunissent au rectum, continuant à travailler ainsi au bistouri jusqu'au moment où, ayant dépassé la zone d'adhérences recto-uréthrales, on sent que l'intestin se laisse facilement attirer en arrière. Rien n'est plus simple alors



Fig. 66. — Prostatectomie périnéale. (La prostate est abaissée par le désenclaveur dans la plaie périnéale. On voit l'incision de la capsule, dans laquelle le doigt va s'engager pour faire l'énucléation.)

que de cheminer avec le doigt dans un espace rétro-prostatique facilement décollable, résultant de la coalescence secondaire des deux feuillets du cul-de-sac péritonéal qui, dans les premiers temps de la vie, s'insinue entre la prostate et le rectum.

On laisse ainsi les fibres musculaires rectales et les veines, qui y sont

accolées, recouvertes d'une mince lame d'apparence fibreuse, ce qui permet d'opérer le décollement pour ainsi dire à sec.

La prostate mise à nu, nous l'incisons au niveau de son bec, introduisons dans l'urèthre un désenclaveur, puis cherchons à énucléer avec le doigt la prostate abaissée de ce qui semble être sa capsule, en réalité de la capsule doublée d'une mince couche glandulaire, comme nous l'a montré le microscope. Dans un grand nombre de cas, il est possible de faire cette énucléation en bloc, ou en deux morceaux, un droit, un gauche. Quand l'énucléation est impossible, il faut enlever la glande par morcellement.

Dans plusieurs cas, nous avons été obligé d'aller très en avant de l'urèthre, ce qui tient à ce que les lobes latéraux, en s'hypertrophiant, se portent quelquefois en avant.

L'énucléation terminée, il faut s'assurer que toutes les parties sont souples et qu'il ne reste pas un lobe moyen oublié dans la plaie.

Un gros drain est placé dans l'urèthre et la plaie mollement tamponnée à la gaze iodoformée.

## 8. — Technique de la prostatectomie transvésicale.

(Nos 303 et 342.)

La prostatectomie transvésicale comprend deux temps : 1° ouverture de la vessie; 2° énucléation de la prostate.

Dans le premier temps, ayant placé le malade en position élevée du bassin, j'ouvre rapidement la vessie, j'en examine *de visu* le contenu, puis je fais avec l'extrémité d'une paire de ciseaux mousses une petite incision de la muqueuse sur le point le plus saillant de la prostate.

Dans le deuxième, ayantre placé le malade horizontalement, j'introduis l'index droit ganté de caoutchouc dans le rectum, je soulève avec lui la prostate et avec l'index gauche, introduit dans la boutonnière faite à la muqueuse vésicale, je commence le décollement de cette prostate, élevée et soutenue par le doigt rectal. Ce décollement se fait très rapidement avec l'ongle ; seule la séparation de la partie inférieure de la glande nécessite un peu de force.

Je termine en fixant les bords de l'incision vésicale aux lèvres de la boutonnière musculo-aponévrotique de la paroi et en drainant largement

la vessie. Après avoir essayé les tubes-siphons, je suis revenu au gros tube



FIG. 67. — Prostatectomie transvésicale. (Le doigt, introduit par la plaie hypogastrique, énuclée la prostate qu'on soulève par le rectum.)

de Freyer que je continue par un tube de verre coudé, de manière à conduire l'urine, à travers le pansement, dans un urinal.

### 9. — Indications et résultats de la prostatectomie.

(Nos 255, 314, 342.)

Sur 658 prostatiques, traités du 1er mars 1901 au 1er août 1905 dans notre service, nous n'avons pratiqué que 56 prostatectomies. C'est dire que nous n'avons opéré que dans les cas d'infection urineuse, de cystite grave, d'hématurie rebelle, de coexistence de calculs, de fièvre persistant

malgré la sonde à demeure, de cathétérisme difficile. Nous n'avons eu cependant que 5 morts, soit une mortalité qui n'atteint pas 9 p. 100.

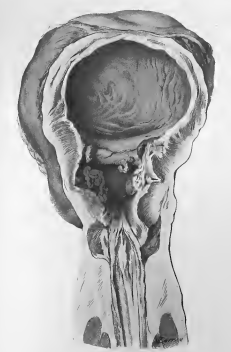


Fig. 68. — Résultat d'une prostatectomie transvésicale récente.

Aujourd'hui nous serions tenté d'étendre beaucoup plus les indications de l'intervention et d'opérer dans tous les cas de rétention incomplète.

Après la prostatectomie, qu'elle soit faite par la voie haute ou par la

voie basse, il se forme une sorte de petite poche vésicale secondaire au-



FIG. 69. — Résultat d'une prostatectomie périnéale ancienne.

dessus de la région membraneuse. Presque tous les malades retrouvent une miction normale.

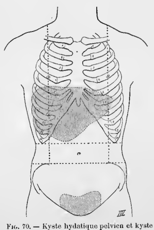
### 10. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine.

(N° 302.)

Deux observations de kystes hydatiques du bassin, suivis de réten-

tion d'urine, nous ont conduit à faire une étude générale de ces kystes.

On les a regardés comme dépendant de la prostate, comme développés dans le tissu cellulaire, dans la paroi vésicale, etc. Nous croyons qu'ils se développent dans le cul-de-sac péritonéal prérectal et s'isolent secondairement de la grande cavité séreuse. Ce qui semble établir qu'il s'agit, tout au moins dans un nombre considérable de cas, de greffes intrapéritonéales, c'est que dans 8 cas sur 22, plus de 36 fois sur 100, on a noté, en même temps que le kyste du pelvis cause de la rétention d'urine, des kystes du foie ou des kystes hydatiques multiples de l'abdomen.


Fig. 70. — Kyste hydatique pelvien et kyste du foie.

Comme traitement nous conseillons l'incision abdominale médiane, se rappelant que la vessie soulevée reste accolée assez haut à la paroi. On incisera avec précaution, prolongeant l'incision vers l'ombilic suffisamment pour ouvrir, au-dessus de la vessie, la grande cavité péritonéale. Rien n'est plus simple, une fois les rapports bien déterminés, que de contourner la vessie, en décollant le péritoine qui double sa face postérieure, jusqu'au moment où l'on arrive sur la surface, grise à la vue, rénitente au toucher, que constitue le kyste.

## VESSIE

### 1. — Des cystites douloureuses.

(N° 29.)

Dans cette thèse, faite dans le service de notre maître Guyon, nous avons décrit, sous le nom de cystites douloureuses, un groupe de cystites

caractérisées par l'exagération du symptôme douleur, sa durée, sa continuité sans la moindre accalmie, sa résistance aux divers modes de traitement.

L'*anatomie pathologique* de ces cystites ne présente que peu de points spéciaux, la cystite douloureuse n'étant que l'aboutissant de cystites variées, consécutives, chez la femme, à des causes encore mal déterminées, chez l'homme à la blennorragie, aux accidents prostatiques, à des rétrécissements, à des calculs, à des néoplasmes et surtout à des altérations tuberculeuses. Ce qui caractérise essentiellement ces cystites, c'est la disparition de la capacité physiologique de la vessie. Dès que quelques gouttes d'urine s'y sont accumulées ou qu'on y a injecté quelques grammes de liquide, la vessie entre en contraction. A cette disparition de la capacité physiologique ne correspond pas nécessairement une diminution de la capacité anatomique. Celle-ci existe dans quelques cas, et plusieurs fois nous avons constaté, à la suite de la propagation de l'inflammation de la muqueuse à la musculeuse, des modifications anatomiques très réelles de cette dernière. On trouve alors à l'autopsie des vessies à parois très épaisses, mesurant 2 centimètres, 2 centimètres et demi, 3 et même 4 centimètres, dont la cavité a, pour ainsi dire, disparu. Il y a, pourrait-on dire, hypertrophie concentrique de l'organe ; cette hypertrophie concentrique est toujours liée à la production de tissu conjonctif embryonnaire, puis adulte, en même temps qu'à l'hyperplasie des fibres musculaires.

Étudiant *cliniquement* ces cystites, nous avons cherché à préciser les caractères de la douleur provoquée par la pression hypogastrique, le toucher rectal et le vaginal, le cathétérisme, l'injection de liquides dans la vessie. Nous avons insisté sur ce fait, démontré par l'examen méthodique de l'urètre avec l'explorateur à boule, qu'il n'existe presque jamais ni contracture, ni douleur au niveau du col vésical ; que la région contracturée et douloureuse, quand il y en a une, est la région membraneuse et seulement la région membraneuse de l'urètre. La douleur à la pression du fond de la vessie a, dans deux cas, été en rapport avec l'existence d'ulcérations à son niveau.

Poursuivant dans ses diverses manifestations la douleur, avec son siège principal et ses irradiations, pendant les mictions et dans leur intervalle, nous avons accumulé les preuves pour soutenir les idées de notre maître M. Guyon, qui admet que ces douleurs, et les crises de ténesme qui les accompagnent, sont dues à une contracture de tout l'appareil musculaire de la vessie.

La plus grande partie de ce travail est consacrée au *traitement*. Quelle qu'en soit la cause (tuberculose, blennorragie, néoplasme, etc.), une cystite, par le fait même qu'elle est douloureuse, présente les mêmes indications thérapeutiques générales. Les contractions incessantes dont la vessie est le siège, sont une cause continuelle de douleurs, et les mouvements qu'elles impriment aux parties malades en retardent la guérison. D'où cette indication capitale : supprimer les contractions vésicales pour supprimer du même coup les douleurs et immobiliser les parties enflammées.

Décrivant rapidement les moyens médicaux, les injections, les instillations, l'évacuation continue par la sonde à demeure, nous nous sommes attaché à étudier d'une manière spéciale la question de l'intervention opératoire, dont on n'avait jusqu'alors publié, en France, que quelques cas isolés. Passant successivement en revue la dilatation et la taille périnéale chez l'homme, puis la taille hypogastrique, nous avons pu, en nous appuyant sur 188 observations, dont 26 inédites, arriver à fixer la valeur de chacun de ces procédés. Il nous a semblé que, quelle que fût la nature de la cystite, il y avait lieu de recourir à l'incision de la vessie, par le vagin chez la femme, par l'hypogastre chez l'homme. Avec le professeur Guyon nous avons insisté sur l'avantage qu'il y avait à ne pas se borner au simple drainage de la vessie, qui en assure le repos, mais à y adjoindre un traitement méthodique des lésions qui permet d'obtenir une guérison plus rapide.

Un index bibliographique étendu termine ce mémoire.

## 2. — Des névralgies vésicales.

(N° 52.)

Ce mémoire contient la description d'un groupe d'affections douloureuses de la vessie, qui ne sont pas en rapport direct avec des lésions matérielles appréciables de l'organe.

Tout en acceptant que, dans certaines cystites, on peut observer une hyperesthésie spéciale, un véritable état névralgique, nous avons établi, d'une part, que l'élément névralgique, lorsqu'il existe, est plus en rapport avec l'état général névropathique du malade, qu'avec l'affection locale

dont il est atteint, et que, d'autre part, les mêmes phénomènes douloureux peuvent s'observer en l'absence de toute lésion locale.

Les névralgies vésicales sont *idiopathiques* ou *symptomatiques*.

Les premières sont en rapport avec un état névropathique et s'observent surtout chez l'homme adulte. Elles sont quelquefois précédées d'une série de troubles (incontinence nocturne d'urine, spermatorrhée, pudeur vésicale, abus du coït et de la masturbation, etc.), qui tous ne sont, en somme, que la manifestation du même trouble nerveux général. La concomitance d'autres névralgies, les migraines, les troubles dyspeptiques, un état arthritique et l'hypocondrie accompagnent souvent la névralgie vésicale idiopathique.

Les névralgies symptomatiques sont la manifestation vésicale d'une lésion anatomo-pathologique indiscutable, pouvant occuper, soit le système nerveux (tabes surtout), soit un point quelconque de l'appareil urinaire, le rein (calculs rénaux, inflammation du bassinet ou du rein), le méat urétral (rétrécissements, polypes), l'urètre profond ; soit un autre appareil, les organes génitaux de la femme (métrites, salpingites, déviations utérines, fibromes, etc.), le rectum et l'anus (hémorroïdes, fistules, etc.). Dans beaucoup de ces cas, il s'agit de névropathes, et la névralgie dépend d'une double cause, la lésion locale n'étant que le point d'appel des phénomènes douloureux. Aussi dans le traitement ne doit-on pas oublier qu'on a deux indications à remplir, et qu'à côté du traitement local d'une grande importance, il y a celui de l'état général qu'il ne faut pas non plus négliger.

Le début de la névralgie vésicale est variable, en général obscur ; elle survient à la suite d'une cause minime, qui, chez un névropathe porté à observer l'état de son système génital, appelle du côté de la vessie son attention et y détermine l'apparition de phénomènes douloureux. Ceux-ci n'ont généralement pas de caractères bien définis et s'exaspèrent assez souvent sous l'influence des efforts et de la fatigue.

Rarement l'affection est réduite à de la douleur ; dans presque tous les cas, il s'y joint des troubles portant soit sur le corps de la vessie (*irritabilité vésicale*), soit sur son appareil sphinctérien (*contracture du col*). Cette dernière se traduit non par des douleurs, comme on le dit généralement, mais par des troubles dans l'émission de l'urine (miction difficile, quelquefois même impossible ; jet petit, divisé, tortillé) ; aussi est-on exposé à des méprises et croit-on quelquefois à l'existence d'un rétrécissement.

Tous ces symptômes présentent une variabilité très grande et ont ce caractère commun de s'apaiser pendant le sommeil.

Le pronostic n'est grave que par la durée de l'affection, rebelle à tous nos traitements.

Dans la névralgie vésicale des tabétiquès, nous ne relèverons que le fait de la fréquence des douleurs ano-vésicales, notées dans plusieurs de nos observations.

Le diagnostic se fonde essentiellement sur l'absence de sécrétions pathologiques dans l'urine et sur les résultats négatifs de la recherche de la douleur locale provoquée par la pression hypogastrique, le toucher rectal ou vaginal, les instruments intravésicaux, et par la conservation de la capacité physiologique de la vessie, très diminuée au contraire dans les cystites douloureuses.

Tous ces points se trouvent confirmés par les 33 observations, presque toutes inédites, que nous rapportons dans ce mémoire. Comme le précédent, ce travail est suivi d'un index bibliographique étendu.

### 3. — Myomes de la vessie.

(N° 133.)

Après examen critique des diverses observations publiées, nous avons, avec M. Terrier, été amené à ne conserver que 14 cas indiscutables de myomes de la vessie, auxquels nous avons ajouté deux faits inédits, l'un personnel, suivi pendant plusieurs années, l'autre communiqué par M. Gérard Marchant.

L'étiologie de ces tumeurs ne nous a rien présenté de particulier à noter. Les deux sexes sont également atteints ; quant à l'âge des malades, il a varié de douze à soixante-quatorze ans.

Comparables aux myomes utérins, les myomes vésicaux naissent dans l'épaisseur de la couche musculaire de l'organe. Ils tendent le plus souvent à s'encapsuler, et, vu le peu d'épaisseur de la tunique musculaire vésicale, ils font rapidement saillie vers l'une ou l'autre de ses faces, méritant, suivant le sens vers lequel ils se dirigent, le nom de myome cavitaire (10 cas) ou celui de myome excentrique (4 cas); dans un cas, il s'agissait d'un myome infiltré. Suivant que le point de la vessie où ils ont pris naissance se trouvait primitivement en rapport avec le péritoine ou

avec le tissu cellulaire du bassin, les myomes excentriques tendent à se pédiculiser dans la cavité péritonéale ou, au contraire, se développent dans le tissu cellulaire, absolument comme les myomes utérins dits intra-ligamentaires.

La région de la vessie qu'ils occupent, de même que leur volume, est des plus variables. Leur forme est arrondie, plus ou moins lobulée; ils sont encapsulés et présentent les caractères anatomiques d'un myome. Dans quelques cas ils sont partiellement enflammés, présentant alors en certains points une infiltration embryonnaire qui a pu faire croire à une dégénérescence sarcomateuse. Exceptionnellement, ils sont envahis, dans leurs parties superficielles, par un épithélioma qui s'est greffé à leur surface.

Cliniquement, le myome excentrique ne trahit sa présence que par le développement lent et progressif d'une tumeur qui entraîne de la fréquence et un peu de difficulté dans les mictions. Par suite de son siège, il a pu être cause d'hydronéphrose ou de dystocie.

Le myome cavitaire présente réunis les symptômes habituels des néoplasmes vésicaux (hématurie, cystite, etc.), et les signes physiques d'un fibrome utérin.

Le traitement sera, pour les myomes excentriques, celui des tumeurs abdominales en général. Lors de myomes cavitaires, on aura recours à la taille hypogastrique, morcelant, si elle est volumineuse, la tumeur par son centre et l'évidant progressivement jusqu'à ce qu'on ait enlevé ses parties les plus périphériques.

### 4. — Hématuries vésicales dans la rétention d'urine.

(N° 48 *bis*.)

Des expériences, faites sur le cobaye, nous ont montré que la rétention d'urine pouvait à elle seule déterminer la production d'ecchymoses, de bosses sanguines et d'hématuries vésicales.

### 5. — Abcès tuberculeux juxta-vésical ouvert dans la vessie.

(N° 276.)

Dans ce cas, les phénomènes vésicaux avaient débuté brutalement par une hématurie douloureuse. L'urine était puriforme et sanglante; les mictions étaient cependant peu fréquentes et accompagnées d'une douleur modérée ; le palper bimanuel faisait constater une tumeur en rapport avec le réservoir urinaire.

La taille montra une cavité suppurée ouverte dans la vessie. Guérison après curettage et tamponnement iodoformé.

### 6. — Recherches bactériologiques sur les cystites.

(Nos 262, 276.)

Les recherches bactériologiques, que nous avons poursuivies avec G.-H. Roger, ont eu pour résultat de mettre en évidence le rôle des *microbes anaérobies* dans les cystites anciennes. Sur 6 malades nous avons 5 fois trouvé dans l'urine des anaérobies mélangés le plus souvent à des aérobies. Les microbes constatés ont été le *Staphylococcus parvulus* de Veillon et Zuber, le *Micrococcus fœtidus*, le *Bacillus ramosus* et, chez deux malades, une espèce nouvelle, le *Streptobacillus fusiformis liquefaciens*.

Sans vouloir exagérer le rôle des anaérobies, il nous semble qu'il faut tenir grand compte de leur influence sur le développement des cystites.

### 7. — Cellules vésicales.

(Nos 20, 28.)

Nous citerons, parmi de nombreuses observations de cellules vésicales que nous avons recueillies, un cas remarquable par son volume. La cellule, plus grande qu'une tête d'enfant, communiquait avec la cavité vésicale par un orifice de la dimension d'une pièce de 50 centimes, régulièrement arrondi, à bords nets et lisses. Il s'agissait bien là d'une cellule, d'une hernie tuniquaire et non d'une vessie double, l'examen histologique ayant

montré que sa paroi était uniquement constituée par la muqueuse doublée de la séreuse sans fibres musculaires interposées.

## REINS

### 1. — La séparation intra-vésicale de l'urine des deux reins.

(Nos 250, 251, 263, 274, 275, 276, 502.)

Dans une série de travaux, j'ai montré, avec mon élève Luys, les avantages que l'on peut retirer de la séparation intra-vésicale des urines des deux reins. Par un procédé simple, à la portée de tout chirurgien, même dénué de connaissances spéciales en urologie, on peut obtenir ainsi isolément l'urine de chacun des deux reins, point essentiel pour le diagnostic et pour la pose exacte des indications opératoires dans les maladies rénales. Par nos publications nous avons contribué à vulgariser cette méthode d'examen qui, malgré quelques tentatives antérieures, n'était pas arrivée à s'imposer.

Au point de vue du *diagnostic de la valeur fonctionnelle des reins*, la valeur de la séparation intra-vésicale n'est plus discutée. Elle *permet aussi d'observer la manière dont se fait l'arrivée de l'urine dans la vessie*. Normalement, cet écoulement se fait par petites éjaculations régulièrement espacées, se répétant plusieurs fois par minute. Ces éjaculations, qui ne sont que le contre-coup, à l'extrémité de la sonde, des éjaculations normales de l'uretère dans la vessie, peuvent manquer dans certains états pathologiques.

Nous avons vu, dans des lésions tuberculeuses et dans des pyélites calculeuses, l'urine du côté malade couler d'une manière presque continue, en bavant; d'autres fois, l'écoulement ne se fait du côté malade que par intermittences. Ne modifiant pas, comme le cathétérisme de l'uretère, les courbures du conduit, elle nous a permis de constater que, dans des cas d'opérations plastiques pyélo-urétérales, l'uretère, anatomiquement perméable, était fonctionnellement insuffisant, l'évacuation du contenu du rein se faisant mal et, malgré l'absence de tout phénomène douloureux, d'une manière intermittente.

Dans quelques cas de rétention rénale intermittente, il suffit, après

avoir constaté l'absence de tout écoulement, de soulever le rein pour voir immédiatement l'urine apparaître par la sonde.

### 2. — Diagnostic des maladies chirurgicales du rein.

(N° 343.)

L'*interrogatoire* et l'*anamnèse* permettent souvent d'arriver à un diagnostic que l'examen physique ne fait que confirmer et préciser.

En tête de l'examen physique on doit placer le *palper*, qu'on peut pratiquer dans diverses attitudes, pratiquant toujours le palper bimanuel et recourant, pour les petites augmentations de volume, à la recherche du *ballottement*, qui, dans les tumeurs du rein, a son maximum dans l'espace costo-vertébral, alors que les autres tumeurs, prenant le contact lombaire, donnent un ballottement plus externe (foie, rate, côlon).

Pour le diagnostic des tumeurs développées dans un rein ectopié, l'*élévation du bassin*, qui ramène le rein dans la fosse lombaire, constitue un moyen d'examen plus simple que le cathétérisme de l'uretère combiné avec la radiographie (en mettant un fil de plomb dans la sonde).

Il est important de préciser les rapports du côlon avec la tumeur, soit par le palper qui fait constater la présence d'un boudin roulant sous le doigt, soit par la *percussion* qui montre une zone de sonorité au-devant de la tumeur.

La *séparation intra-vésicale des urines*, précédée d'une injection de bleu de méthylène, permet de voir la façon dont se fait l'arrivée des urines dans la vessie et d'examiner le produit de chaque rein à un triple point de vue : intensité de la coloration, analyse chimique, examen histo-bactériologique.

En résumé, avec des moyens simples d'exploration, tout chirurgien peut, sans éducation spéciale préalable, faire un diagnostic précis.

### 3. — Deux cas d'uronéphrose intermittente.

(N° 309.)

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une coudure angulaire de la jonction pyélo-urétérale. Après incision longitudinale du point rétréci, une

sonde fut placée dans l'uretère et l'incision fut suturée transversalement.

Dans l'autre, l'uretère se coudait sur un pédicule vasculaire qui se jetait dans le rein en arrière du bassinet. Après section de ce pédicule vasculaire entre deux ligatures, le bassinet se vida dans l'uretère. Le rein fut ensuite fixé en bonne situation.

Les deux malades guérirent de l'intervention.

## 4. — Pyélites.

(Nos 17, 19, 23, 51, 87.)

Pendant le cours de notre internat, en particulier pendant l'année que nous avons passée dans le service du professeur Guyon, nous avons eu l'occasion de voir de nombreux cas de pyélites dont les observations ont été publiées, soit dans le *Bulletin de la Société anatomique*, soit dans la thèse de notre ami N. Hallé.

Nous avons en particulier insisté sur trois points :

1° L'existence de dilatations et de *rétrécissements de l'uretère*, qui donnent à ce conduit une apparence spiroïde et qui, gênant l'écoulement des produits de la sécrétion rénale, jouent certainement un rôle dans la production des rétentions rénales dont souffrent les malades et dans la persistance de certaines fistules lombaires consécutives à la néphrotomie.

2° La *formation autour des calices et du bassinet d'une masse scléro-adipeuse*, qui tend à se substituer progressivement au parenchyme rénal et qui peut arriver à constituer des tumeurs considérables ; dans un cas, que nous avons recueilli, la masse lipomateuse pesait 2.340 grammes. Ces productions lipomateuses, d'origine purement inflammatoire, nous ont paru surtout en relation avec les pyélites calculeuses.

Leur intérêt clinique réside dans ce fait que par la fluctuation, dont elles sont le siège, et les symptômes de pyélite qui les accompagnent, elles peuvent faire croire à l'existence de collections liquides purulentes intra-rénales.

3° La possibilité du développement sur des lésions de pyélite ancienne d'une *infiltration cancéreuse du bassinet*, fait qui n'avait jusqu'alors été signalé par aucun autre observateur, peut-être parce qu'à un examen superficiel l'infiltration cancéreuse a été prise pour des lésions inflammatoires. Dans notre cas, l'examen histologique, pratiqué par notre ami

A. Gilbert, et la généralisation consécutive ont suffi à lever tous les doutes.

4° La *fréquence des fistules consécutives à la néphrotomie* (10 fois sur 20 cas dans notre statistique) fait que, pour les cas de lésions certainement unilatérales, avec urétérite manifeste, chez des malades jouissant d'une résistance suffisante, nous avons accepté la néphrectomie immédiate, regardant la néphrotomie comme indiquée dans tous les autres cas.

### 5. — Résultats et indications de la néphrectomie.

(N° 264.)

Au point de vue *immédiat*, 29 néphrectomies ont donné 28 guérisons et 1 mort. Au point de vue *éloigné*, 2 fois nous avons dû faire secondairement une urétérectomie totale, 1 fois pour inflammation simple avec dilatation considérable, 1 fois pour tuberculose.

Dans tous les cas, sauf dans les néoplasmes et dans 2 tuberculoses rénales, le résultat éloigné a été excellent; 2 femmes ont même mené à bien une grossesse depuis l'opération.

L'*indication* de la néphrectomie se présente :

1° Dans la *tuberculose* unilatérale du rein, immédiatement en général, secondairement à la néphrotomie lorsqu'il existe une pyonéphrose énorme ou lorsque, l'état de la vessie empêchant toute séparation intravésicale et tout cathétérisme de l'uretère, on est dans l'ignorance de l'état du rein opposé;

2° Dans les *pyélites* et *pyélonéphrites, calculeuses ou non*, après échec de la néphrotomie;

3° Dans les *grands kystes du rein*, quand la néphrectomie partielle avec suture du parenchyme est impossible;

4° Dans les *néoplasmes malins*, où il est nécessaire d'opérer de bonne heure, extirpant en même temps que le rein la capsule graisseuse, dans laquelle nous avons, comme d'autres, constaté au microscope des traînées néoplasiques.

### 6. — De la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie.

(Nos 302-305.)

A propos de la présentation d'une malade, chez laquelle j'avais lié avce succès la veine cave au-dessus et au-dessous d'une déchirure produite au cours d'une néphrectomie, j'ai conclu que la pratique de la ligature au-dessus et au-dessous de la déchirure était la meilleure ligne de conduite, une fois que l'on s'est assuré que les ligatures ne portent pas sur la région du pédicule rénal.

Une série d'expériences sur le chien, dont le système cave inférieur est identique à celui de l'homme, expériences faites par mes élèves Gosset et Lecène, a établi que :

1° La ligature du tronc de la veine cave inférieure au-dessous de l'abouchement des veines rénales ne détermine aucun trouble pathologique ;

2° La ligature au-dessus de l'abouchement des veines rénales est suivie de mort avec des lésions graves des reins ;

3° La double ligature au-dessus et au-dessous des veines rénales, avec ou sans ablation unilatérale d'un rein, détermine rapidement la mort avec des lésions graves du rein laissé.

Il est donc indiqué de faire une double ligature au-dessus et au-dessous de la déchirure, dans les cas où celle-ci siège au-dessous du pédicule rénal ; de recourir, dans les cas où la déchirure siège au-dessus ou au niveau du pédicule rénal, aux procédés qui n'oblitèrent pas complètement et brusquement le tronc veineux, suture latérale, pince à demeure, tamponnement serré.

### 7. — Kystes du rein.

(N° 302.)

Les grands kystes du rein sont rares ; ils se développent d'une manière insidieuse et ne déterminent de symptômes que par suite de la compres-

sion qu'ils exercent sur les organes voisins, lorsqu'ils ont acquis un volume considérable.

La tumeur est arrondie, élastique, lisse et tendue, quelquefois fluctuante ou tout au moins rénitente, en connexion avec le rein. Assez souvent le kyste est associé à la mobilisation du rein.

La face interne de ces kystes est tapissée par une sorte d'endothélium reposant sur un tissu conjonctif assez dense. Le tissu rénal contigu présente quelquefois des lésions de néphrite chronique, mais ces lésions sont très limitées, et le parenchyme rénal, dans son ensemble, est indemne de lésions, ce qui explique la bonne élimination urinaire généralement constatée.

Cette intégrité du parenchyme rénal plaide en faveur des méthodes conservatrices. L'idéal est d'extirper par dissection la tumeur, de réunir la plaie rénale et de terminer par une néphropexie, s'il y a lieu. Lorsque l'excision du kyste est impossible, il y a lieu de recourir soit à la néphrectomie si le rein a en grande partie disparu, à l'excision partielle et à la marsupialisation de la poche dans les autres cas.

Fig. 71. — Grand kyste du rein saillant dans le bassin. (Vue postérieure.)

### 8. — Hématurie congestive dans un cas de calcul du rein.

(N° 121.)

Dans ce cas l'hématurie, abondante et persistante, s'était produite

dans l'immobilité la plus complète ; le malade était, après une ostéoclasie, dans un appareil plâtré prenant la partie inférieure du tronc. On ne put l'expliquer que par l'existence de ces phénomènes congestifs, dont l'importance est grande, comme le dit notre maître M. Guyon, pour expliquer les accidents des calculeux, en particulier des calculeux rénaux.

### 9. — Des productions lipomateuses du rein

(N° 19.)

Nous avons distingué dans les productions lipomateuses qui se développent au niveau du rein :

1° L'épaississement lipomateux de l'atmosphère cellulo-adipeuse périrénale (*lipome capsulaire*). Souvent cet épaississement est lié à l'existence d'une *périnéphrite graisseuse* importante à cause des adhérences qu'elle détermine entre le rein et les organes environnants ;

2° Le *lipome limité*, encapsulé du rein, qui est rare ;

3° Les *substitutions graisseuses*, qui sont liées soit à la néphrite interstitielle, soit à la pyélite. Dans le premier cas, la graisse apparaît par îlots, sous forme de dépôts multiples ; dans le deuxième, elle se dépose tout d'abord autour des calices et du bassinet.

### 10. — Tumeurs de la capsule surrénale.

(N° 302.)

Les tumeurs primitives de la capsule surrénale sont encore mal connues. Avec M. Lecène, à propos de quelques observations personnelles, nous avons réuni ce qui avait été écrit sur la question.

Les *tumeurs bénignes*, adénomes, fibromes, lipomes, angiomes, kystes hématiques, sont le plus souvent des trouvailles d'autopsie.

Les *tumeurs malignes* sont plus intéressantes à connaître. Elles peuvent se développer soit dans une surrénale occupant sa place normale, soit dans une surrénale aberrante. Ces surrénales aberrantes ont été surtout observées dans le ligament large, immédiatement au-dessous du point où les vaisseaux spermatiques le pénètrent. Au cours d'une opération, nous

en avons trouvé une dont l'examen microscopique a été publié par M. Lecène. On peut rapprocher des néoplasmes développés aux dépens de ces surrénales aberrantes un grand nombre de tumeurs malignes du rein, qui, par leur aspect macroscopique et microscopique, rappellent absolument




Fig. 72. — Tumeur vue par sa face postérieure ; le rein est complètement indépendant du néoplasme ; les vaisseaux rénaux croisent obliquement la face postérieure de celui-ci.

les cancers de la capsule surrénale proprement dite et méritent d'être appelés des hypernéphromes malins.

Les *tumeurs malignes de la capsule surrénale proprement dite*, indépendantes du rein, sont rares. Nous en avons réuni 48 observations, dont 2 personnelles.

*A l'œit nu*, ces néoplasmes sont très vasculaires, de consistance molle, quelquefois diffluente, parsemés de foyers de nécrose et d'hémorragies interstitielles, ce qui donne à leur section un aspect bigarré : zones rouges,

brunes et jaune verdâtre, disséminées d'une façon diffuse dans un stroma conjonctif plus ou moins abondant. On rencontre parfois, à l'intérieur de ces tumeurs, des formations kystiques, dues à la résorption des foyers d'apoplexie et de nécrose.

Ces cancers sont généralement unilatéraux et plus fréquents à droite ;



Fig. 73. — Cancer primitif de la capsule surrénale. (Autour des grandes cavités vasculaires qui parcourent la tumeur, on voit ordonnés les boyaux néoplasiques.)

il est fréquent de les voir envahir les organes voisins. Les métastases se font surtout dans le foie et les poumons.

*Histologiquement* ce sont quelquefois des sarcomes, globo ou fusocellulaires, plus souvent des épithéliomas. Sur les coupes, on est frappé par la présence de larges vaisseaux sanguins dilatés, remplis de sang, pourvus

d'une mince paroi propre, entre lesquels sont disposées des travées de cellules épithéliales polyédriques à protoplasma granuleux et souvent infiltré de graisse ou de pigment noir, à noyaux bien colorés ; ces travées épithéliales sont pleines, sans traces de lumière centrale.

*Cliniquement*, les symptômes généraux observés sont vagues (amaigrissement, palpitations, perte de forces, cachexie rapide).

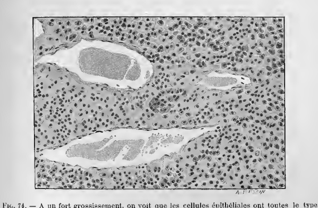


Fig. 74. — A un fort grossissement, on voit que les cellules épithéliales ont toutes le type cortical ; certaines ont un protoplasma foncé ou chargé de graisse ; quelques-unes présentent deux noyaux ou un noyau en voie de division.

Assez souvent il y a des troubles de la digestion (perte d'appétit, vomissements, diarrhée). Il y a des douleurs lombaires s'irradiant vers le thorax, l'épaule. Quelquefois on a observé une teinte bronzée de la peau et des muqueuses. En général, on ne relève aucun trouble du côté de la fonction urinaire.

La tumeur présente des caractères identiques à ceux des néoplasmes du rein ; rarement on a pu distinguer de la tumeur le rein refoulé et séparé par un sillon.

Dans quelques cas on a opéré, mais la mortalité immédiate a été considérable, et les rares cas guéris opératoirement n'ont eu, à part deux exceptions, qu'une survie de courte durée.

### 11. — Les tumeurs de la capsule adipeuse du rein.

(Nos 276-288.)

Dans ce mémoire, en collaboration avec Lecène, nous avons réuni les observations publiées de tumeurs rétro-péritonéales où les rapports intimes de la tumeur avec le rein étaient nettement spécifiés.

Ces tumeurs se développent surtout de 30 à 60 ans et sont plus fré-

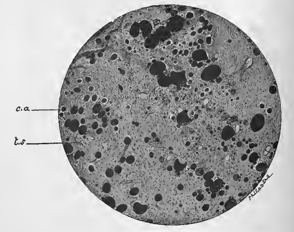



Fig. 75. — Aspect histologique de la plus grande partie du néoplasme.
c. a, cellules adipeuses ; — t. s, tissu sarcomateux.

quentes chez la femme que chez l'homme. Elles englobent le rein et dissocient les éléments de son pédicule. Elles sont encapsulées, lobulées, de volume souvent considérable ; leur consistance varie suivant les points.

Ce sont des tumeurs conjonctives ; les fibro-lipomes sont les plus fréquents ; viennent ensuite les lipomes purs et les fibro-sarcomes. Le fibrome pur et le fibro-myome sont exceptionnels. Dans quelques cas la

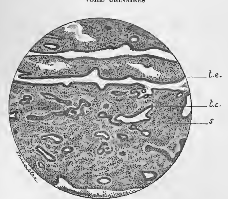



Fig. 76. — Point de la tumeur contenant des tubes épithéliaux (*t. é.*) dans la trame sarcomateuse (*s.*).

structure est des plus complexes. Un cas personnel aurait pu être appelé

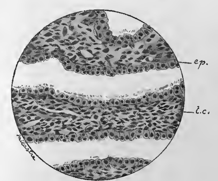



Fig. 77. — Un de ces tubes épithéliaux vu à un fort grossissement.
*ep.*, épithélium ; — *t. c.*, tissu conjonctif.

fibro-lipo-myxo-sarcome avec débris embryonnaires épithéliaux ; ces derniers correspondaient à *des canaux wolfiens embryonnaires*.

Le développement de ces tumeurs est lent, indolore ; la tumeur présente des caractères qui rappellent ceux des néoplasmes rénaux, mais il n'y a aucune modification du côté des urines. Elle atteint souvent un

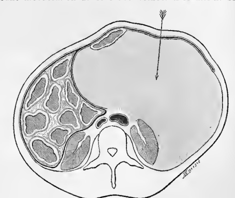


Fig. 78. — Coupe schématique de l'abdomen montrant les rapports de la tumeur. La flèche indique le point d'attaque, en dehors du côlon, de manière à ménager l'appareil vasculo-nerveux de celui-ci.

volume considérable, tout en n'amenant que peu de troubles de la santé générale.

Pour aborder ces tumeurs, il faut inciser le péritoine en dehors des côlons, puis cheminer dans le plan de clivage sous-péritonéal. Lorsqu'elles ont un volume très considérable, comme elles sont peu vasculaires, on peut les morceler en partant de leur centre, n'abordant la périphérie que lorsqu'on a du jour et qu'on peut voir exactement ce qu'on fait.

### 12. — Infection urineuse.

(Nos 46, 85.)

Nos recherches ont porté sur deux points : 1° détermination des agents

figurés qui existent dans les *abcès miliaires des reins*; 2° pathogénie de *l'accès* dit *urétral*.

1° Sur le premier point, les recherches que nous avons faites, avec la collaboration de M. de Gennes, ont confirmé les travaux de MM. Albarran et Hallé, en nous montrant l'existence dans les abcès miliaires des reins du Bacterium coli, associé à des staphylocoques;

2° Sur le deuxième point, nous avons recueilli quelques faits qui prouvent d'une manière péremptoire le bien-fondé de la théorie émise par notre maître, M. Guyon, pour expliquer l'accès urineux franc, dit urétral. D'après lui, l'accès urétral résulte de la pénétration dans le sang d'une certaine dose d'urine chargée d'agents infectieux et non de l'inoculation locale du canal par les sécrétions qui s'y trouvent.

Chez un prostatique, dont les urines, examinées par notre ami Achard, contenaient à l'état de culture pure le Bacterium coli commune, nous avons noté ce qui suit :

*a*) Pas de fièvre à la suite d'écorchures du canal bien établies par le saignement qui suit le cathétérisme, bien que le canal suppure largement;

*b*) Accès typiques, quelques heures après les mictions spontanées, alors que l'évacuation par la sonde n'occasionne jamais la moindre fièvre;

*c*) Nécessité du passage d'une grande quantité d'urine pour produire l'accès; les petites mictions que le malade a de temps à autre, et qui suffisent pour détendre momentanément la vessie, étant insuffisantes pour déterminer un accès.

Chez un autre malade urétrotomisé, dont l'urine contenait à l'état de culture pure du Bacterium coli, nous avons trouvé, M. de Gennes et moi, dans le sang recueilli au début d'un frisson, la même bactérie, alors que les cultures de sang, faites dans l'intervalle des accès, ne nous ont rien donné.

---

# VII. — PATHOLOGIE EXTERNE

## RECTUM

### 1. — Proctoscopie et sigmoïdoscopie.

(Nos 384-399.)

Dans ces dernières années nous avons cherché à perfectionner et à

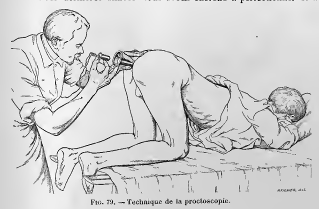


FIG. 79. — Technique de la proctoscopie.

vulgariser un mode d'examen du rectum et du côlon pelvien, encore peu utilisé en France, *l'examen de ces cavités par vision directe*. L'instrument

dont nous nous servons est un tube droit qui porte sur son manche la lampe éclairante. Nous pratiquons l'examen sans anesthésie, sans insufflation préalable sur le malade placé en position génu-pectorale. Le proctoscope est introduit à travers la région sphinctérienne pourvu d'un mandrin ; celui-

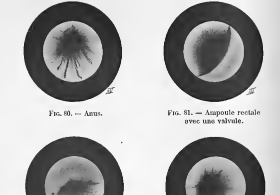


Fig. 80. — Anus.

Fig. 81. — Ampoule rectale avec une valvule.

Fig. 82. — Jonction recto-sigmoïdienne.

Fig. 83. — Côlon pelvien.

ci est retiré dès qu'on a franchi le canal anal, et l'instrument est alors progressivement enfoncé sous le contrôle de la vue.

Cette méthode d'examen nous a rendu de grands services pour le diagnostic de certaines lésions du rectum et pour celui de tumeurs du côlon pelvien que le doigt ne peut atteindre.

### 2. — Pathogénie de la phlébite hémorroïdaire.

(Nos 91, 93.)

Admise par Gosselin, la phlébite hémorroïdaire était, jusqu'à ces der-

nières années, peu connue dans ses causes. Les premiers, nous avons, mon élève Lieffring et moi, recherché si les thromboses hémorroïdaires n'étaient pas, comme les thromboses de la phlegmatia, le résultat d'une irritation de l'endoveine par des agents microbiens. Tandis que des cultures du sang, pris dans les vaisseaux de prolapsus hémorroïdaires non enflammés, sont restées stériles, celles du caillot d'hémorroïdes thrombosées ont constamment donné des résultats positifs. Le plus souvent, il s'est agi du bacterium coli. Celui-ci nous a donc paru l'agent habituel de la thrombose hémorroïdaire. Nous devons cependant ajouter que, dans quelques cas rares, le streptocoque a été trouvé à l'exclusion de ce Bacterium coli.

Dans un cas même, il jouissait de toute sa virulence, et ses cultures, inoculées par notre ami, M. Besançon, à l'oreille d'un lapin, ont provoqué le développement d'un érysipèle bien caractérisé.

Ces divers résultats ont été presque immédiatement confirmés par les travaux de MM. Quénu et Lesage au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux.

### 3. — Abcès péri-anaux-rectaux.

(Nos 94 et 94 *bis*.)

Nos recherches ont porté principalement sur trois points : sur la *pathogénie*, sur le *siège* et sur le *traitement* de ces abcès :

1° Dans une série de communications, faites à la Société anatomique avec notre ami M. Lieffring, nous avons établi que ces abcès peuvent contenir des microorganismes divers, du Bacterium coli le plus souvent, quelquefois du streptocoque, du staphylocoque, un microbe tétragène, etc. Nous avons montré qu'il fallait faire une place particulière au bacille tuberculeux, que l'on trouve fréquemment associé, dans cette région, aux autres agents pathogènes habituels de la suppuration. Son rôle est plus grand qu'on ne l'a dit jusqu'ici ; sur 12 abcès de la région anale, nous avons pu en démontrer 7 fois l'existence.

L'abcès tuberculeux de la région anale peut être la première manifestation de la tuberculose, que l'on a dès lors tendance à méconnaître, que l'on méconnaît même d'autant plus facilement que, par suite de l'infection secondaire dont le foyer tuberculeux est le siège, l'abcès peut s'échauffer

et prendre des allures d'abcès aigu ou tout au moins subaigu. L'expérimentation seule peut, dans ces cas, établir qu'on se trouve en présence d'un abcès tuberculeux.

L'absence habituelle d'ulcération ou de perforation du conduit fait que nous avons été amené à accorder une large place, dans la genèse de ces abcès, à des lymphangites, qui s'expliquent facilement par la fréquence des excoriations du canal anal, au cours de la défécation.

2° Au point de vue du siège, nous avons précisé, avec M. Quénu, le mode de production des abcès sus et sous-jacents au releveur coccypérinéal.

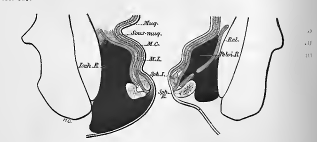



Fig. 84. — Les deux variétés d'abcès de la fosse ischio-rectale.

Nous avons montré que l'on devait distinguer, des abcès pelvi-rectaux supérieurs proprement dits, des suppurations développées en arrière du rectum dans la loge rétro-rectale, véritables adénophlegmons de cette loge.

A propos des collections de la fosse ischio-rectale, nous avons établi une distinction entre les abcès propagés de l'espace pelvi-rectal supérieur et ceux nés d'une lymphangite primitivement sous sphinctérienne.

3° Le traitement nous a semblé pouvoir être résumé en un mot : l'incision doit être large et mettre à découvert toute l'étendue de l'abcès, ce qui, comme nous l'avons démontré, n'oblige nullement à fendre, dans tous les cas, toute l'épaisseur des tuniques rectales.

## 4. — Blennorragie ano-rectale.

(N° 134.)

Nous avons établi, contrairement à ce que tendaient à faire croire les expériences de Bonnières, que la blennorragie ano-rectale existe, comme permet de l'affirmer la constatation du gonocoque.

A l'état aigu, la blennorragie se présente avec des signes d'inflammation intense, douleur, tuméfaction, excoriations fissuraires, écoulement purulent.

A l'état chronique, elle aboutit à la formation, au niveau de l'anus, d'ulcérations, au développement dans le rectum d'un état caractérisé par une muqueuse rouge, finement granuleuse, avec ulcérations, écoulement muco-purulent par l'anus, légère sensation de plénitude locale.

## 5. — Rectites chroniques.

(N° 128.)

Dans les rectites chroniques il y a lieu de distinguer les *inflammations superficielles*, simples catarrhes de la muqueuse, dont le type est constitué par la rectite des hémorrhoïdaires, et les *inflammations plus profondes*, caractérisées par un état granuleux avec sécheresse, épaississement et perte d'élasticité de la muqueuse. Dans cette dernière variété, nous avons, avec M. Toupet, été frappé de la fréquence de la disparition de l'épithélium cylindrique, qui, particulièrement au niveau des parties saillantes, est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié avec couche cornée.

Cette seconde variété de rectite chronique peut s'accompagner de productions molluscoïdes, déjà signalées par M. Malassez, de productions papilliformes, et même secondairement de lésions scléreuses plus profondes qui aboutissent à la production de rétrécissements du rectum.

### 6. — Rétrécissements péri-rectaux chez la femme.

(N° 118.)

Les rétrécissements péri-rectaux chez la femme peuvent être déterminés par l'enserrement du rectum dû à une inflammation chronique du tissu cellulaire des ligaments larges, à une salpingite chronique, à un plissement du rectum maintenu par des adhérences.

### 7. — Rétrécissements du rectum.

(Nos 112, 139, 118.)

Nous fondant sur l'étude clinique de 21 malades atteints de rétrécissements dits syphilitiques du rectum et sur l'examen anatomo-patholo-

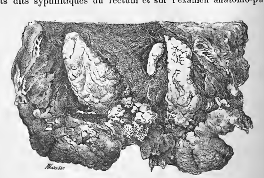


Fig. 85. — Rétrécissement avec pachydermie rectale. Sur ce rectum fendu et ouvert, on voit, outre des productions végétantes, de grandes plaques cutanées.

gique de 12 pièces, nous avons, avec M. Toupet, cherché à préciser la nature de cette variété de rétrécissements.

Nos recherches cliniques nous ont fait constater la fréquence de la syphilis (8 sur 21 cas), celle de la tuberculose, l'inconstance de ces deux états, qui, tous deux, peuvent manquer à la fois.

Nos recherches anatomiques nous ont montré la rareté de l'ulcération au niveau du rétrécissement et en même temps des modifications de la muqueuse.

Au revêtement épithélial cylindrique avec glandes en tubes se substitue un revêtement d'épithélium pavimenteux avec corps papillaire irrégulier. Cette substitution, que nous avons aussi observée dans certaines rectites chroniques sans sténose, s'est montrée à peu près constante dans nos examens. Cliniquement, elle se traduit au toucher par une sensation de sécheresse, bien différente de celle que donne une muqueuse rectale saine. Dans quelques cas même on peut voir se développer de grandes plaques allongées, ayant absolument l'aspect de la peau, à l'intérieur du rectum. Il existe alors une véritable pachydermie rectale.



Fig. 86. — L'épithélium cylindrique est remplacé par de l'épithélium pavimenteux stratifié en *p* ; avec papilles P ; la couche sous-muqueuse *c. s. m.* est le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse ; en *c*, un capillaire.

Cette substitution commence sur les parties saillantes de la muqueuse pour n'envahir que plus tard ses dépressions. Sur une de nos pièces, nous avons pu assister à la substitution d'un épithélium à l'autre. Dans le goulot d'orifices glandulaires, on trouvait des cellules allongées, semblables à celles de la couche profonde de la peau, et, au-devant de cette couche, des cellules polygonales possédant un ou même deux noyaux bien colorés. Au contraire, dans les culs-de-sac profondément situés, on retrouvait l'épithélium normal de la région, mais prenant mal les réactifs colorants, en état de modification.

Cette substitution de l'épithélium cutané avec tous ses caractères, entre autres la production d'éléidine, à l'épithélium cylindrique, semble un fait banal qui se rencontre dans presque tous les cas. Au contraire, les lésions des parties sous-jacentes se présentent sous des aspects très différents suivant les cas.

Sur le plus grand nombre des pièces on ne trouve que des *lésions inflammatoires diffuses*. Au-dessous de l'épithélium, lorsqu'il est conservé,

au-dessous d'une simple couche de cellules embryonnaires lorsqu'il y a ulcération, on trouve des nappes scléreuses, séparées par des traînées embryonnaires diffuses, envahissant les tuniques musculaires, dissociant les fibres qui les constituent et les étouffant, sans disposition en nodules embryonnaires, sans altération des vaisseaux.

Dans quelques cas, en multipliant les coupes, on trouve en certains endroits des lésions franchement *tuberculeuses*. Le fait était des plus nets sur deux pièces que nous avons confiées à M. Sourdille.




Fig. 87. — Sur cette préparation, on voit des nodules gommeux périveineux aboutissant à l'oblitération de la veine *v*.

*a*, artère dont l'endartère, *e*, prolifère en un point; — *t. c*, tissu conjonctif devenu scléreux.

Enfin plusieurs fois nous avons trouvé des lésions manifestement *syphilitiques*. En même temps que les lésions de l'endartère, on voyait, au milieu de plaques scléreuses, des amas embryonnaires se systématisant soit autour des artères, soit autour des veines.

Les nodules gommeux, bien limités, envahissent progressivement les parois de l'artère ou de la veine autour de laquelle ils se sont développés. Au degré extrême, le vaisseau est remplacé par un nodule plus ou moins volumineux, dont la zone périphérique est bien limitée, dont le centre présente un commencement de désintégration cellulaire et de mortification.

Les lésions de l'endartère sont typiques, on peut quelquefois les suivre dans leur évolution sur certains points d'un même rétrécissement. Sur les coupes faites au niveau d'un rétrécissement que nous avons extirpé chez une femme syphilitique, on voyait sur un vaisseau d'assez gros calibre, où la paroi musculaire était nettement dessinée, l'endartère présenter une saillie dépassant en épaisseur la tunique musculaire elle-même; sur un autre vaisseau, la cavité était presque entièrement comblée par des

végétations arrondies, presque pédieulées, émanées de la paroi iuterne du vaisseau, naissant immédiatement en dedans de la tunique élastique et creusées elles-mêmes de cavités. Ce sont là les caractères de l'endartérite syphilitique.

Tous les rétrécissements extirpés chez les syphilitiques ne nous ont pas présenté ces lésions caractéristiques. Chez des malades constitutionnellement atteints, l'examen histologique du rectum ne nous a montré que des lésions inflammatoires diffuses sans lésions d'endartérite. Le rétrécissement dans ces cas était un rétrécissement inflammatoire vulgaire et la lésion syphilitique locale, si lésion syphilitique locale il y avait eu, n'avait agi qu'en ouvrant la porte à l'infection et en permettant à un processus inflammatoire banal de se développer dans le rectum.

Cette conception, émise déjà par Duplay, du rétrécissement non syphilitique consécutif à une lésion syphilitique, nous semble établie par l'histoire d'une malade que nous avons suivie pendant plusieurs années. Chez cette femme, syphilitique avérée, nous avons tout d'abord constaté une ulcération anale qui a guéri parfaitement par le traitement général, après avoir résisté à un traitement purement local. Huit mois plus tard, nous la revoyons présentant quelques phénomènes de rectite. Au toucher, la muqueuse du canal anal et de la partie voisine du rectum, dans une hauteur de 6 à 7 centimètres environ, avait perdu son velouté et sa souplesse. Elle était manifestement épaissie, plus ferme. On avait la sensation d'un épaississement charnu inégal. Les lésions se limitaient supérieurement suivant un contour à peu près circulaire, au-dessus duquel on passait, *sans transition*, à une muqueuse rectale saine.

Après anesthésie, dilatation de l'anus et application d'un spéculum, il nous fut facile de confirmer par la vue les caractères des lésions constatées par le toucher. La muqueuse rectale épaissie présentait quelques plis saillants : d'une manière générale, elle avait un aspect chagriné à gros grains, ressemblant à du maroquin à mamelons un peu aplatis. Les lésions commençaient dans l'anus à la limite de parties d'apparence cicatricielle et s'arrêtaient en haut, *suivant un contour circulaire net*, faisant relief par rapport à la muqueuse saine sus-jacente. Celle-ci avait sa teinte grisâtre normale, tandis que les parties malades étaient d'un rouge vif.

La netteté de la limitation des lésions et l'intégrité absolue de la muqueuse immédiatement contiguë éliminaient l'idée d'une inflammation simple et évoquaient l'idée d'une syphilide.

L'examen histologique d'un petit fragment de la plaque excisée confirma l'existence d'une lésion spécifique, en montrant, au milieu d'éléments embryonnaires disséminés et de quelques faisceaux fibreux, des nodules embryonnaires, limités à leur périphérie par une zone scléreuse, véritables gommes miliaires, et de l'endartérite syphilitique, caractérisée par des épaississements limités à certaines portions du vaisseau.

Quinze mois plus tard, cette malade se présentait de nouveau à nous, porteuse cette fois d'un rétrécissement avec lésions inflammatoires mal limitées de la muqueuse. Il semble bien que, dans ce cas, la rectite sténosante ait eu pour point de départ une infection au niveau d'une lésion syphilitique locale.

Tout en admettant que l'extirpation constitue à l'heure actuelle le traitement de choix des rétrécissements, nous avons établi, en étudiant les *suites éloignées* de ces extirpations, qu'elle ne donnait pas une cure radicale; presque toujours il persiste de la rectite, qui, à une époque plus ou moins lointaine, peut être le point de départ d'une nouvelle sténose.

### 8. — **Tuberculose ano-rectale.**

(N^os 102, 123, 128.)

1° *Abcès et fistules.* — Pour étudier les rapports de la fistule anale et de la tuberculose pulmonaire, nous avons d'une part recherché les signes de tuberculose chez les fistuleux, d'autre part les fistules chez les phtisiques. Vingt-trois fistuleux sur 48 nous ont présenté des signes permettant sinon d'affirmer, tout au moins de soupçonner la tuberculose. Trente et un phtisiques sur 626 portaient une fistule à l'anus (soit 4,91 p. 100). Cette fréquence de la fistule s'est montrée plus grande chez l'homme (27 sur 447, soit 6 p. 100) que chez la femme (6 sur 179, soit 3,35 p. 100).

La constatation du bacille tuberculeux dans les abcès nous a fait admettre qu'il s'agissait bien, dans ces cas, d'une tuberculose locale.

Au point de vue de la question si controversée du traitement, nous avons conclu que là, comme ailleurs, le chirurgien devait être conduit à l'intervention par la prédominance de la part de l'état local dans la genèse des accidents éprouvés par le malade.

2° *Tuberculose du revêtement cutanéo-muqueux de l'anus.* — Laissant de côté les cas où la peau est secondairement envahie par un foyer profond,

nous avons successivement décrit le lupus, la tuberculose verruqueuse et l'ulcération tuberculeuse.

Le *lupus* peut se présenter sous deux formes : dans l'une, il englobe à la fois les organes génitaux et la région ano-rectale; cette forme n'a été observée que chez la femme ; dans l'autre, il est limité à l'anus et toujours alors on l'a vu se développer autour de l'orifice externe d'une fistule à l'anus.

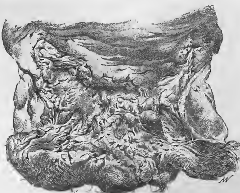


Fig. 88. — Ulcération tuberculeuse sur un canal anal ouvert et étalé.

La *tuberculose verruqueuse* est intéressante en ce qu'elle a dû être jusqu'ici confondue avec des papillomes ou avec des épithéliomas.

Les *ulcérations tuberculeuses* sont de beaucoup la lésion la plus fréquente : nous en avons recueilli personnellement 12 observations, qui, réunies à 17 déjà publiées par divers observateurs, nous ont permis de donner une description de cette affection.

Tous nos malades étaient des tuberculeux avancés ; 12 fois sur 29 ils avaient de la diarrhée ; 22 fois il s'agissait d'individus du sexe masculin, 6 fois de femmes, 1 fois d'un enfant.

Le début de l'ulcération est obscur (démangeaisons, gêne locale, léger suintement). L'ulcération constituée est presque toujours une ulcération

du canal anal proprement dit; elle s'étend à la fois sur la peau et sur la partie avoisinante du rectum. Son contour est arrondi, polycyclique; son fond grisâtre, inégal, quelquefois anfractueux et même fissuré, présente par places de petites excavations remplies de matière caséeuse. Les bords sont assez nettement taillés, quelquefois légèrement décollés, le plus souvent un peu épaissis et présentant un liséré rosé avec pigmentation exa-

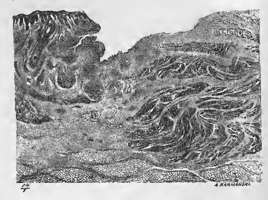



Fig. 89. — Sur cette coupe d'ensemble, on constate l'extension de l'infiltration tuberculeuse au-dessous de l'épiderme encore sain. Le fond de l'ulcération est formé de bourgeons assez plats. Du tissu scléreux s'est développé entre les fibres musculaires.

gérée de la peau avoisinante. Dans la moitié des observations, on note un engorgement ganglionnaire inguinal, qui jamais ne s'est abcédé.

Histologiquement, les examens de nos pièces, faits par notre ami M. Pilliet, ont montré qu'il existait dans les papilles et dans les parties sous-jacentes une infiltration embryonnaire. Çà et là, dans la couche choriale proprement dite, on trouve, au sein de cette infiltration embryonnaire, des follicules agglomérés composés d'un certain nombre de cellules géantes qu'entourent des cellules épithélioïdes en partie nécrosées. Au niveau des parties ulcérées, on trouve de grandes traînées caséeuses orientées perpendiculairement à la surface de l'ulcération.

Nous avons obtenu, dans quelques cas, des guérisons durables par

l'excision de la plus grande partie de l'ulcération suivie du grattage et de la cautérisation des parties profondes.

### 9. — Traitement du cancer du rectum.

(Nos 155, 184, 230, 253, 303 *bis*.)

Dans un rapport présenté en collaboration avec M. Quénu, au Congrès français de Chirurgie de 1897, nous avons exposé les indications opératoires et le traitement du cancer du rectum.



Fig. 90. — Le rectum, fermé au niveau de l'anus par une ligature, est attiré en bas et en arrière. Le décollement antérieur est terminé; on voit, au fond de la plaie, bridée latéralement par les faisceaux antérieurs du releveur, la prostate, les vésicules séminales et le cul-de-sac péritonéal recto-vésical.

Nous avons insisté sur ce fait que la *contre-indication* tirée autrefois de la hauteur du néoplasme, n'existe plus, que le seul problème à résoudre au point de vue des contre-indications opératoires est celui-ci : Le cancer est-il confiné à l'intestin ou en a-t-il dépassé les limites?

Étudiant ensuite les procédés d'extirpation, nous avons successivement passé en revue les *voies d'accès*, voie naturelle, voie périnéale, voie sacrée, voie vaginale, voie combinée (opérations abdomino-périnéales et abdomino-sacrées), puis le *traitement des bouts du rectum* après ablation du seg-

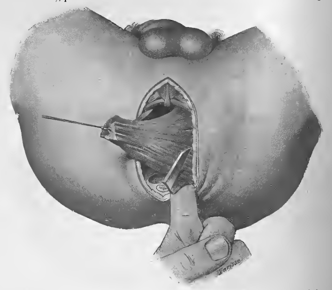


Fig. 91. — Le rectum est libéré en avant et en arrière; le coccyx est réséqué. L'index, introduit dans le décollement postérieur, soulève le releveur et les aponévroses latérales que les ciseaux vont sectionner à petits coups.

ment cancéreux (amputation, résection, suppression des deux bouts avec anus iliaque définitif).

Le choix, entre ces diverses opérations, dépend surtout du siège du néoplasme. Dans tous les cas, il est nécessaire de faire une opération étendue et, pour éviter les accidents septiques, d'extirper le rectum comme un sac clos, point sur lequel a particulièrement insisté Quénu.

Notre rapport se termine par la description des divers *traitements palliatifs*, curettage et surtout colostomie iliaque.

Depuis la publication de ce rapport, nous avons continué à étudier la question du traitement radical du cancer du rectum et avons finalement adopté, pour la grande majorité des cas, la technique suivante, qui se rapproche dans ses grandes lignes de celle conseillée par M. Quénu :

*Fermeture de l'orifice anal* par une suture en bourse avec un fort fil de soie; cette fermeture de l'anus transforme le rectum en une poche close, qu'on va enlever en bloc, prenant toutes les précautions pour éviter de la crever.

*Incision cutanée*, qui, antéro-postérieure, se dédouble au niveau de l'anus pour se terminer sur la partie latérale gauche du coccyx. *Résection du coccyx. Libération des faces, antérieure et postérieure, du rectum.* En arrière, c'est facile ; il n'y a qu'à cheminer au contact des tissus fibreux présacrés. En avant, c'est encore facile chez la femme, c'est un peu plus délicat chez l'homme où il faut séparer le rectum de la prostate suivant une technique identique à celle de la prostatectomie périnéale (voir plus haut, p. 133).

Le rectum ne tient plus que par ses parties latérales, *muscles releveurs et aponévroses sacro-recto-génitales qu'il faut sectionner*. Introduisant l'index gauche d'arrière en avant dans le décollement postérieur, on coupe ces parties à petits coups, se contentant de placer des pinces sur les points qui donnent des jets de sang. Lorsque le *cul-de-sac péritonéal apparaît*, on l'incise.

A partir de ce moment l'opération est des plus simples, on abaisse ce que l'on veut et l'on termine en sectionnant le rectum au-dehors de la plaie, puis en fixant son bout supérieur à la peau.

Le seul inconvénient que nous ayons observé à la suite de cette manière de faire, est le prolapsus du rectum. Dans un cas où il avait atteint des dimensions considérables, nous avons disséqué sa partie inférieure et l'avons transplantée dans la région fessière en faisant passer le bout inférieur sous, puis entre, les fibres du grand fessier. Le résultat a été excellent.

### 10. — Nouveau procédé d'ablation des rétrécissements du rectum par les voies naturelles.

(N° 100.)

1er TEMPS. — *Dilatation de l'anus.*

2e TEMPS. — *Abaissement et isolement du rétrécissement.* — Le rétrécissement est abaissé avec des pinces et l'on sectionne circulairement le rectum autour de lui, comme la muqueuse vaginale autour du col dans l'hystérectomie vaginale. Rien de plus facile alors que de décoller les parties voisines du rétrécissement, ce qui permet d'augmenter l'abaissement au fur et à mesure qu'on avance dans la libération. Cet abaissement, en l'absence d'adhérences inflammatoires périrectales, est facile.

3e TEMPS. — *Section du rectum et fixation à la peau du bout supérieur invaginé.* — Au moment de la section de la paroi rectale au-dessus du rétrécissement, il faut, au niveau des points qui donnent du sang, pincer toute la paroi rectale, ce qui permet à la fois d'assurer l'hémostase et d'empêcher le bout supérieur de remonter. A l'aide de quelques fils de soie, comprenant dans leur anse la paroi rectale et noués sur la peau de la marge de l'anus que l'aiguille charge au passage, on maintient le bout supérieur abaissé et l'on oblitère les vaisseaux. Au bout de quelques jours, les fils ont coupé les tuniques du rectum, qui remonte spontanément, sans cependant glisser trop haut, les adhérences, qui se sont établies pendant la durée de sa fixation, suffisant à le maintenir en bonne situation.

Une malade, opérée le 1er mars 1893 suivant ce procédé, était encore, deux ans après, en parfait état. Nous avons de même eu une guérison, maintenue après 4 ans écoulés, dans un cas de cancer du rectum avec prolapsus.

### 11. — Résultats immédiats et éloignés du traitement du cancer du rectum.

(N° 395.)

J'ai eu pendant ces 12 dernières années à traiter opératoirement 140 cas de cancer du rectum. Dans 49 cas, j'ai enlevé la tumeur, dans 91 je me suis borné à faire une colostomie palliative.

**Résultats immédiats.** — Mes 49 ablations se décomposent en :

3 amputations abdomino-périnéales, 2 morts ;

26 amputations hautes avec ouverture du péritoine, 3 morts ;

19 amputations sans ouverture du péritoine, 2 morts ;

1 ablation par les voies naturelles, après évagination de la tumeur par l'anus, 1 guérison.

Au total, 7 morts sur 49 opérations, soit 14 p. 100.

Les 91 colostomies iliaques ont donné 6 morts, soit 6,5 p. 100. Cette mortalité beaucoup plus faible serait évidemment réduite à zéro si l'on appliquait la colostomie aux mêmes cas que l'extirpation. Dans un cas elle a été la conséquence d'une péritonite : la colostomie n'avait été que le temps terminal d'une opération où l'on avait tenté par l'abdomen la libération de la tumeur ; 2 fois il s'agissait de colostomie d'urgence pour accidents d'occlusion aiguë complète avec paralysie intestinale ; 1 fois la mort a été la conséquence d'une hydronéphrose double chez un malade porteur d'un cancer prenant tout le bassin ; 2 fois les opérés étaient des vieillards cachectiques ; l'un a succombé à des accidents pulmonaires, l'autre à une démence sénile. La colostomie est en réalité une des opérations les plus bénignes de la chirurgie.

**Résultats éloignés.** — Nous avons pu suivre 20 de nos malades ayant subi l'ablation de la tumeur.

10 ont récidivé, 7 localement ou dans le tissu cellulaire pelvien, la muqueuse restant saine, après 1 an, 16 mois, 18 mois, 2 ans, 3 ans, 5 ans, 3 n'ont présenté aucune récidive du côté du rectum, mais, après avoir joui d'une santé parfaite, ont succombé après 2 ans et demi à un cancer du foie, 4 ans à une tumeur cérébrale, 7 ans et demi à un cancer du foie.

1 vieillard, prostatique, est mort, après 18 mois, d'infection urinaire, sans que l'autopsie nous ait permis de trouver trace de cancer, 9 sont actuellement vivant sans récidive, après 16 mois, 19 mois, 2 ans et 3 mois, 2 ans et 10 mois, 3 ans, 4 ans, 4 ans et demi, 8 ans.

Nos opérés de colostomie iliaque ont survécu de 3 mois à 3 ans, en moyenne un an. Quelques-uns ont continué à souffrir ; le plus grand nombre a été notablement soulagé ; quelques-uns même ont pu pendant un temps reprendre leurs occupations, monter à cheval, etc. Si l'on considère que ces colostomies ont été pratiquées sur des cas avancés, souvent avec sténose serrée, avec fistules périnéales, ou même intestino-vésicales, on doit convenir que l'opération est, pour la plupart des malades, d'une

grande utilité et ne fait pas courir de risques. L'infirmité, résultant de la présence d'un anus iliaque, n'est pas aussi grande qu'on le dit trop souvent. Lorsqu'on opère suivant la technique que nous avons décrite, on a des anus en partie continents et si le malade consent à faire le matin un lavage de l'intestin en introduisant dans le bout supérieur une sonde de Nélaton, il arrive à être tranquille le reste de la journée.

En présence de ces résultats nous croyons que, tout en cherchant à perfectionner notre technique de l'ablation des cancers du rectum, il y a lieu de conserver une place assez large à la colostomie iliaque, opération palliative des plus bénignes, qui permet, dans un très grand nombre de cas, de prolonger la vie des malades et de supprimer un certain nombre de symptômes pénibles.

## 12. — Prolapsus du rectum.

(Nos 154, 223, 254.)

Laissant de côté les prolapsus hémorroïdaires qui constituent une variété toute spéciale, nous avons distingué deux grandes variétés de chute du rectum.

1° Les *prolapsus de force*, dont nous avons observé deux cas, survenus à la suite d'efforts violents et qui, réduits, sont restés réduits ;

2° Les *prolapsus de faiblesse*, qui sont liés à une perte de résistance des divers moyens de soutien du rectum (corps périnéal, releveurs, aponévroses sacro-rectales, replis péritonéaux). Ces derniers seuls sont justiciables d'un traitement chirurgical. Encore faut-il faire une place à part pour le prolapsus de l'enfant, qui bien souvent est associé au rachitisme et guérit avec celui-ci, quand les tissus reprennent leur consistance et les muscles leur tonicité.

Contre la chute vraie du rectum de l'adulte nous conseillons de s'adresser aux procédés de réfection périnéale combinés à la sacro-rectopexie, réservant la résection aux cas où il existe des lésions des parties prolabées, ulcérations, gangrène et à ceux où la réduction est impossible.

# TÊTE ET COU

## 1. — Traitement des fractures du maxillaire inférieur.

(Nos 165, 386.)

Dans une série de communications à la Société de chirurgie, nous nous sommes attachés, avec notre élève Mahé, à établir les avantages que l'on peut retirer, dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur, de la pose de gouttières moulées sur les arcades dentaires.

Ce traitement repose sur la constance des rapports des arcades dentaires, supérieure et inférieure. Après avoir pris une empreinte des deux mâchoires et obtenu ensuite un moulage en plâtre de la fracture avec sa difformité, on sectionne le moulage au niveau de la fracture. Puis, sur ce modèle sectionné, on opère la réduction en se guidant sur le modèle de l'arcade dentaire supérieure. Sur le modèle en plâtre ainsi corrigé, on confectionne une gouttière métallique, qu'on applique sur l'arcade dentaire du malade après avoir de même réduit la fracture.

Un seul point varie, le mode de fixation de la gouttière métallique. Au début nous la fixions, à l'exemple de Kingsley, à l'aide de deux cornes qui sortaient de la bouche au niveau des commissures labiales et étaient réunies par un pansement sous-mentonnier. Plus tard, nous avons eu recours à la fixation directe aux dents, soit par un scellement au ciment, soit par de petits fils métalliques passant dans les interstices dentaires.

## 2. — Angiome glandulaire de la parotide.

(N° 60.)

A côté de l'angiome sous-cutané vulgaire, il existe une variété d'angiome, développé dans la loge même de la parotide, aux dépens des capillaires de la glande, variété rare, décrite à tort par les auteurs sous le nom d'hypertrophie parotidienne.

Cette variété d'angiome apparaît dans les premiers temps de la vie. L'affection, unilatérale, se traduit cliniquement par les symptômes d'une hypertrophie parotidienne avec développement vasculaire considérable

(réductibilité partielle, gonflement par les cris, teinte bleutée de la peau, quelquefois nævus cutané concomitant, etc.).

Elle débute par une dilatation des capillaires préexistants de la glande, mais ne tarde pas à subir la transformation caverneuse. Au niveau des parties angiomateuses, les acini sont plus petits, tassés, puis disparaissent, les canaux excréteurs résistant seuls à l'atrophie qui frappe l'élément glandulaire.

### 3. — La pharyngectomie dans les cancers oro-pharyngés.

(N° 361.)

Même dans les cas de cancers étendus, la pharyngectomie peut donner des guérisons définitives. *Il y a donc lieu de recourir à l'intervention* malgré les risques auxquels elle expose. L'opération est d'autant plus logique que le cancer du pharynx est un cancer qui se propage de proche en proche et qui se généralise peu.

*Quel est le meilleur moyen de pratiquer cette ablation?* Nous rejetons l'ablation par les voies naturelles, l'opération au fond de l'entonnoir buccal étant trop aveugle. L'incision oro-jugale inférieure de Jaeger et l'incision coudée jugale inférieure de Maunoury-Verneuil donnent plus de jour, mais ont encore l'inconvénient de ne pas permettre une ablation complète des ganglions.

Les procédés de choix sont ceux qui permettent d'agir à la fois sur la tumeur et sur les ganglions ; ces procédés diffèrent suivant que la tumeur occupe le pharynx inférieur ou l'oro-pharynx.

Pour les *tumeurs du pharynx inférieur* nous préférons à la pharyngotomie sus ou sous-hyoïdienne et à l'incision médiane, avec ostéotomie ou hémirésection de l'hyoïde, la pharyngotomie latérale sus ou sous-hyoïdienne.

Pour les *tumeurs de l'oro-pharynx*, la simple incision sous-angulo-maxillaire, avec résection partielle ou totale de la branche montante du maxillaire, nous semble indiquée. L'opération est faite dans la position demi-assise et les vaisseaux sont liés à mesure qu'on les rencontre. La trachéotomie préliminaire n'est pratiquée que dans les grosses tumeurs menaçant d'asphyxier le malade dès le début de l'anesthésie.

On enlève ainsi, en bloc, la tumeur, les ganglions et les territoires lymphatiques intermédiaires.

### 4. — Trachéotomie.

(Nos 25, 32.)

Dans une revue critique, publiée en collaboration avec M. A. Broca, nous avons montré les avantages de l'*anesthésie dans la trachéotomie* et fixé ses indications. Cette revue contient une étude, aussi complète que nous avons pu la faire, de l'historique de la question.

La *trachéotomie chez les très jeunes enfants* étant discutée, nous avons publié 6 cas personnels de trachéotomie pour croup chez des enfants dont le plus âgé avait dix-huit mois. Nous avons obtenu deux guérisons, dont une chez un enfant de onze mois et 10 jours, qui, nourri au sein, donna la diphtérie à sa mère.

### 5. — De l'exothyropexie.

(N° 132.)

A propos d'un cas d'exothyropexie pratiquée chez une femme atteinte de goitre suffocant, nous avons montré les avantages qu'on pouvait retirer de l'opération préconisée par MM. Poncet et Jaboulay. C'est, croyons-nous, la première opération de ce genre faite à Paris. La simplicité et l'efficacité de l'exothyropexie font que nous la préconisons de préférence à la trachéotomie dans le goitre suffocant.

## MEMBRES

### 1. — Luxations de l'épaule.

(N° 62.)

Ayant eu l'occasion d'étudier quelques pièces de luxation extra-coracoïdienne ancienne, nous avons, sous la direction de notre maître le profes-

seur Farabeuf, cherché, M. A. Broca et moi, à contrôler certaines assertions de Malgaigne relativement à cette luxation qu'il appelle sous-coracoïdienne incomplète. Comme le professeur Panas, nous avons été amenés à rejeter la *luxation incomplète*.

Il n'en existe pas d'autopsie probante et, de plus, l'expérimentation ne permet de concevoir la fixité caractéristique d'une luxation que si la partie postérieure du col huméral vient s'engrener sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, c'est-à-dire si la luxation est complète.

De plus, l'opinion de Malgaigne, qui veut que cette *luxation extra-coracoïdienne* se produise sans déchirure capsulaire, ne peut être comprise dans le sens que lui donne cet auteur (intégrité de l'articulation); l'expérimentation sur une épaule saine montre que la luxation sans déchirure ni décollement capsulaire est impossible.

L'erreur de Malgaigne provient de ce fait qu'il y a des luxations *sans déchirure capsulaire*, mais avec *décollement périostique* de la face antérieure du col de l'omoplate, après désinsertion du bourrelet glénoïdien tout le long du bord glénoïdien antérieur fracturé en bas.

Ce décollement périostique n'est pas spécial aux luxations extra-coracoïdiennes. On l'observe à la même place, mais plus étendu, dans des luxations sous-coracoïdiennes et intra-coracoïdiennes. Nous en avons réuni 8 pièces, dont 5 accompagnées de fractures du rebord glénoïdien.

Expérimentalement, on reproduit facilement ces luxations avec décollement périostique en frappant violemment la grosse tubérosité d'un humérus placé en rotation externe, pour peu qu'on ait préalablement amorcé le décollement du bourrelet glénoïdien, ce qui est facile à faire avec une pointe de scalpel introduite par la fente du sous-scapulaire.

Ces luxations seraient donc des *luxations par cause directe*, mais différeraient des luxations *médio-glénoïdiennes* de Panas en ce que le déplacement se ferait à la faveur d'un décollement capsulo-périostique et non d'une déchirure capsulaire proprement dite, le choc ayant appliqué la tête contre le bord de la glène et non contre la capsule.

Dans un deuxième mémoire, nous avons décrit les déformations osseuses consécutives aux *luxations anciennes*, laissant de côté les lésions d'ordre inflammatoire, insistant sur la déformation de la tête humérale et sur la constitution de la nouvelle cavité articulaire.

La tête humérale se creuse d'un sillon qui, le plus souvent constitué

par une sorte de rigole assez régulière, peut exceptionnellement être limité par deux plans de tissu spongieux se rejoignant à angle droit et semblant taillés à la scie, ou, au contraire, être recouvert de tissu fibreux. Son siège est en rapport avec la situation de la tête déplacée ; il répond au bord glénoïdien.

Débutant toujours au niveau du col anatomique, il empiète plus ou

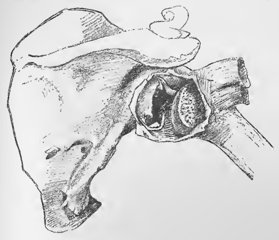


Fig. 92. — Articulation ouverte par sa partie postérieure. On voit : 1° une encoche à angle droit sur la tête humérale ; 2° l'absence du bourrelet glénoïdien sur le bord antéro-interne de la glène.

moins sur la lèvre interne ou sur la lèvre externe de ce col. Suivant que la luxation est plus ou moins proche, il creuse la tête à peu près seule (extra-coracoïdienne), à peu près également la tête et la grosse tubérosité (sous-coracoïdienne), à peu près exclusivement la grosse tubérosité (intra-coracoïdienne). Dans la luxation sous-claviculaire, l'éloignement de la tête est tel que la grosse tubérosité elle-même ne touche plus le rebord glénoïdien ; il n'y a pas de sillon.

Sur aucune pièce, nous n'avons trouvé de sillon creusé sur la surface

cartilagineuse seule et pouvant être regardé comme le signe d'une luxation incomplète ancienne. Sur une seule pièce, déposée par Malgaigne, nous avons noté une dépression nette sur la surface cartilagineuse ; mais l'examen de cette tête humérale nous a montré immédiatement qu'il s'agissait d'une fracture par infraction et non d'un sillon par usure.

Du côté de l'omoplate, nous ne noterons qu'un point spécial, c'est qu'il est possible, dans certains cas, que l'ossification d'une portion de périoste décollé joue un rôle dans la production du contre-fort osseux qui limite la partie interne de la néo-cavité articulaire.

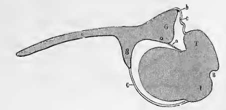



Fig. 93. — Coupe horizontale et transversale de l'articulation luxée en attitude de rotation externe, avec léger écartement de la cavité articulaire.

Les parties teintées étant les coupes osseuses ; sur l'omoplate, *e*, lame de l'omoplate ; en regard de *o*, surface dénudée du col ; en regard de G, surface glénoïdienne. Ces deux surfaces à angle droit s'engagent dans l'encoche de la tête humerale, sur laquelle on voit en T la grosse tubérosité ; en *t*, la petite tubérosité ; en B, la coulisse bicipitale ; — C, capsule. Dans cette attitude, la partie postérieure, *c*, est relâchée ; elle se continue avec *b*, bourrelet glénoïdien. La partie postérieure, C, est en continuité avec *p*, lame périostique beaucoup plus mince.

Passant en revue les théories émises au sujet du mode de production des *luxations récidivantes*, dont nous possédions une pièce, nous avons montré que la récidive exige une sorte de cavité diverticulaire où, dans un mouvement spécial, la tête puisse venir se loger. Cette cavité diverticulaire semble devoir être souvent constituée par un décollement capsulo-périostique. Le ressaut, qui marque le passage entre l'attitude normale et celle de la luxation, est en rapport avec l'existence du sillon quelquefois très profond que nous avons décrit sur la tête.

### 2. — Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par l'ionisation salicylée.

(N° 390.)

L'ionisation salicylée m'a donné une grande amélioration dans l'état d'un malade atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire, sans que cependant elle ait amené une guérison complète. Il semble que son action n'ait été efficace que sur les éléments relativement jeunes.

### 3. — Trois cas d'amputation de cuisse pour gangrène spontanée.

(N° 327.)

Dans trois cas d'amputation de cuisse pour gangrène (artérite variolique, embolie, oblitération artérielle progressive) nous avons obtenu la réunion par première intention sans le moindre sphacèle du lambeau.

Pour obtenir ces guérisons, chez des malades dont la circulation est tout juste suffisante pour assurer la nutrition des tissus, il est important que rien ne vienne la perturber. Il faut donc qu'il n'y ait pas la moindre inflammation ; il faut de plus éviter les antiseptiques, qui peuvent mortifier superficiellement les tissus.

### 4. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite aiguë.

(N° 122.)

Cette observation nous a paru intéressante pour diverses raisons :

1° Il s'agissait d'une luxation obturatrice, variété rare, presque tous les cas publiés ayant trait à des luxations en arrière.

2° La réduction a été obtenue assez tardivement, au bout d'un mois, et par les seules manœuvres de douceur.

3° Pour obtenir cette réduction, j'ai dû, après mobilisation de la tête, exécuter les manœuvres indiquées pour la réduction des luxations traumatiques par Desprès père et précisées par Bigelow, tractions sur la cuisse fléchie à angle droit, combinées avec quelques mouvements de rotation.

C'est en recourant à la même pratique que M. Kirmisson a obtenu un succès dans un cas de luxation spontanée iliaque. Ce fait est important parce qu'il montre que, quelle que soit la variété de la luxation, c'est, comme dans les luxations traumatiques, par la partie faible, par la partie inférieure de la capsule que la tête sort, pour évoluer secondairement, en arrière le plus souvent, quelquefois en avant.

4° Dans ce cas de luxation en avant, il y avait, comme dans les luxations en arrière, atrophie et parésie partielle des muscles fesssiers constatées par l'examen électrique. Suivant la théorie qui veut que la luxation résulte d'une absence de soutien de la capsule en arrière par les muscles fessiers atrophiés, la luxation, dans ce cas, aurait dû être postérieure. En réalité, cette amyotrophie des fessiers se rencontre dans toutes les arthrites de la hanche, comme celle du quadriceps dans les arthrites du genou. Le fait que, pour rentrer la tête, il faut la faire passer par en bas, nous montre du reste que c'est la partie inférieure de la capsule qui cède et non les parties antérieure ou postérieure. Nous croyons donc que ces luxations spontanées subites résultent de l'action d'une attitude vicieuse sur une articulation dont les ligaments ont été ramollis par l'inflammation et élargis par l'hydarthrose concomitante, sans qu'on soit le moins du monde autorisé à invoquer, pour les expliquer, la paralysie ou l'atrophie de tel ou tel groupe musculaire.

### 5. — Anévrisme diffus de la poplitée.

(N° 97 *bis*.)

Ce cas, publié en collaboration avec notre maître, le professeur Terrier, est remarquable par sa rareté. Il s'agissait d'une perforation de l'artère poplitée par une exostose aiguë de la bifurcation interne de la ligne âpre. Le malade guérit à la suite de l'ouverture de la poche avec ligature des deux bouts de l'artère.

Un point intéressant consiste dans ce fait que le malade avait de la fièvre avant l'opération. Or le sang recueilli, au moment de l'ouverture du foyer, était stérile. On peut donc en conclure que la fièvre tenait à la résorption de ptomaïnes formées au niveau de l'épanchement sanguin.

**6. — Anévrisme faux primitif de la partie supérieure de la jambe et de la moitié inférieure du creux poplité. Incision. Tamponnement du sac. Guérison.**

(N° 157.)

On sait la gravité des anévrismes poplités inférieurs ; le succès que nous avons obtenu par l'emploi de la méthode ancienne montre qu'avec l'asepsie actuelle on peut essayer des traitements considérés autrefois comme étant d'une gravité exceptionnelle.

**7. — Fracture oblique du tibia. Consolidation vicieuse. Ostéotomie. Extension continue. Guérison.**

(N° 150.)

Cette observation montre les avantages que l'on peut retirer de l'extension continue après ostéotomie dans le traitement des fractures de jambe vicieusement consolidées. Dans ce cas, l'extension continue prolongée a permis de corriger le chevauchement, ce que n'avaient pu faire des tractions vigoureuses après la libération complète des fragments.

## TESTICULES, HERNIES

**1. — Hydrohématocèle en bissac.**

(N° 302.)

Ce cas était intéressant par son volume. La ligne de conduite que nous avons adoptée, évacuation du contenu, excision de la plus grande partie de la poche scrotale, drainage large de la poche abdominale, était, croyons-nous, la seule que l'on pût suivre, les dimensions énormes du diverticule abdominal s'opposant à toute extirpation complète chez le malade, qui était très débilité et avait une température de 39°,5. Le succès,

que nous avons obtenu, a justifié notre manière de faire. Aussi croyons-nous devoir conseiller d'agir ainsi, toutes les fois que, dans une hydrocèle

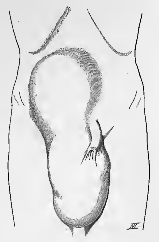


Fig. 94. — Hydrohématocèle en bissac.

en bissac, les dimensions de la poche abdominale sont telles que son ablation complète nécessiterait des délabrements trop étendus.

## 2. — Bactériologie des vaginalites aiguës.

(Nos 262, 302.)

L'étude bactériologique de la vaginale enflammée au cours de l'épididymite aiguë n'a guère été faite jusqu'ici. Aussi avec mes élèves Esmonet et Lecène, avons-nous pensé qu'il pouvait être intéressant de rechercher la présence d'agents infectieux dans le liquide des vaginalites. Nous avons, dans ce but, examiné 15 malades.

Le liquide, recueilli par ponction à travers une eschare superficielle déterminée par un léger attouchement au thermo-cautère, était ensuite examiné sur lamelles et cultivé.

Les résultats ont été les suivants :

Sur 7 vaginalites blennorragiques, deux fois nous n'avons rien trouvé, 1 fois il y avait du gonocoque à l'état pur, 1 fois du streptocoque à chaînettes courtes, 1 fois du staphylocoque blanc, 2 fois du streptocoque associé à du staphylocoque, blanc dans un cas, doré dans l'autre.

Sur 7 vaginalites consécutives à des cathétérismes uréthraux, nous avons trouvé 1 fois du colibacille, 1 fois du staphylocoque blanc, 2 fois du streptocoque en chaînettes courtes, 2 fois du streptocoque en chaînettes courtes associé à du staphylocoque, 1 fois du streptocoque en longues chaînes associé à du staphylocoque doré. Sauf le dernier cas qui a dû être incisé, tous les autres ont guéri spontanément.

Enfin, chez un vieillard porteur d'une balanite, mais n'ayant pas de blennorragie et ne s'étant pas sondé, nous avons trouvé du staphylocoque blanc.

Pour être complet, nous devons ajouter qu'en dehors des microbes ayant poussé dans nos milieux de culture, l'examen sur lamelles a fait constater fréquemment la présence de formes microbiennes qui n'ont pas poussé dans les milieux employés. Ces examens sur lamelles ont, en même temps, permis de constater l'abondance des polynucléaires dans le liquide de l'épanchement, montrant ainsi le caractère inflammatoire aigu de l'affection.

Ces constatations nous semblent plaider en faveur de l'origine lymphatique de l'épididymite et du traitement par la ponction des épanchements de la vaginalite aiguë.

### 3. — Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies.

(N° 38.)

A côté des causes ordinaires de l'irréductibilité des hernies non étranglées (adhérences inflammatoires, perte de droit de domicile, etc.), nous en décrivons d'autres plus rares : 1° l'adhérence en quelque sorte naturelle de l'intestin à la paroi du sac ; 2° l'augmentation de volume d'une des parties herniées.

1° L'intestin hernié, qui est alors toujours le gros intestin, est fixé à la paroi du sac par le repli péritonéal qui normalement l'unit à la paroi abdominale ; en un mot, son insertion a glissé en dehors de l'anneau. Cette variété d'adhérence, décrite autrefois par Scarpa sous le nom d'adhérence charnue naturelle, avait été niée par Gosselin et était tombée dans l'oubli. Les opérations de cure radicale, qui se sont multipliées depuis la publication de cette note, en ont bien montré l'importance.

2° L'augmentation du volume de l'organe hernié, cause de son irréductibilité, peut être due à un néoplasme. C'est là un fait exceptionnel, et nos observations nous conduisent à admettre que la cause principale de ces irréductibilités par excès de volume est l'hypertrophie d'une des parties graisseuses contenues dans la hernie (frange épiploïque du gros intestin, graisse de l'épiploon), hypertrophie quelquefois si considérable qu'elle peut entraîner l'irréductibilité en l'absence de toute adhérence concomitante.

## 4. — Traitement de la hernie ombilicale de l'adulte et des éventrations post-opératoires.

(N° 322.)

1° Incision verticale se dédoublant à sa partie moyenne en ellipse de manière à circonscrire la portion de peau amincie. Décollement rapide de la peau et des parties molles qui recouvrent le sac, de manière à arriver à son collet qu'on isole avec soin. Ce collet est, en général, beaucoup moins grand qu'on serait tenté de le supposer étant donné le volume de la hernie. Il y a là un véritable pédicule qui émerge de l'aponévrose dénudée.

2° Incision verticale de 2 centimètres de la ligne blanche, immédiatement au-dessous du collet du sac. Cette petite incision permet d'insinuer dans le ventre l'extrémité de l'index gauche, de glisser sur la pulpe de celui-ci l'extrémité mousse d'une paire de ciseaux et de contourner, avec ceux-ci, toute la moitié gauche du collet du sac, remontant ensuite verticalement d'un centimètre sur la ligne médiane au-dessus.

3° Faisant rétracter la lèvre gauche de l'incision et basculer à droite la hernie, on examine les parties qui s'engagent dans le collet.

S'il n'y a que de l'épiploon, on le pince, on le sectionne, puis coupant

avec les ciseaux la partie droite du collet du sac, on enlève en masse celui-ci avec son contenu.

Si, en même temps que de l'épiploon, des anses intestinales pénètrent dans le sac, on les attire pour les rentrer dans le ventre.

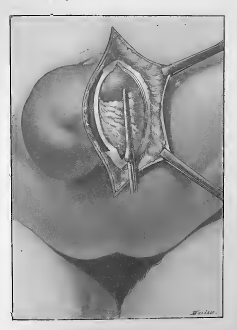


Fig. 95. — Le ventre est ouvert en dehors du collet du sac. On pince l'épiploon qui s'engage dans la hernie.

Dans le cas où elles sont libres d'adhérences, ce résultat peut être immédiatement obtenu et il ne reste plus qu'à se comporter vis-à-vis de la hernie épiploïque comme dans le cas précédent.

Si, au contraire, des anses d'intestin sont adhérentes, ce qui est fréquent pour le côlon, elles ne se laissent pas attirer et il faut ouvrir le sac. Il suffit pour cela d'introduire, vers la partie moyenne de la hernie, une branche de ciseaux mousses à travers le collet, et de fendre transversalement le sac pour examiner facilement son contenu. Après libération, sui-



FIG. 96. — L'ombilic est réséqué. Les fils en capiton, qui vont amener le doublement des deux lèvres de la plaie et le maintenir, sont placés mais non serrés.

vant les règles habituelles, de l'intestin, on rentre celui-ci et l'on termine comme précédemment ce temps de l'opération.

4° Reconstitution de la paroi. Si les muscles droits ne sont pas trop écartés, on procède à cette reconstitution par une suture à étages. Si les muscles droits sont très écartés et en même temps atrophiés, comme il serait difficile de les amener au contact par une bonne suture, d'autant qu'ils se déchirent facilement sous la traction des fils, l'intersection aponévrotique ombilicale étant le seul point d'appui solide que l'on trouve,

on est obligé de se contenter d'une suture des parties fibreuses voisines. Afin de rendre cette suture plus solide, nous entrecroisons les lèvres de la boutonnière aponévrotique comme les bords d'une redingote ; il suffit, pour maintenir ce doublement, de placer quelques points de suture en capiton. Les fils perforent le lambeau superficiel d'avant en arrière, le plein de chaque anse chargeant le lambeau profond au voisinage de son bord libre et le perforant dans toute son épaisseur. Une fois tous les fils mis en place, on les serre. La traction exercée sur leurs chefs attire le lambeau profond sous le superficiel et il suffit de les nouer pour maintenir le doublement des parties. Comme le bord du lambeau superficiel est un peu flottant, nous le fixons par un surjet de catgut fin à la face antérieure du lambeau profond.

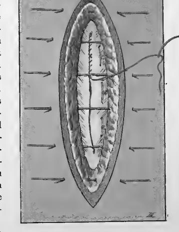


Fig. 97. — Les points en capiton sont serrés et noués ; le doublement de la paroi est effectué. Un surjet de catgut va fixer le bord antérieur du lambeau superficiel à la face antérieure du lambeau profond.

Souvent nous faisons ce doublement des parties fibreuses suivant une ligne transversale, la superposition des parties étant plus facile de haut en bas chez les malades à ventre tombant.

On a ainsi un large affrontement en surface ; de plus, la pression intra-abdominale, au lieu de tendre à écarter les bords suturés, applique plus intimement encore les deux lambeaux l'un contre l'autre.

Ces particularités expliquent l'excellence des résultats obtenus par ce procédé.

# VARIA

## 1. — L'enseignement de la médecine opératoire dans quelques universités américaines.

(N° 243.)

La médecine opératoire est enseignée à la fois dans les Écoles de médecine aux étudiants et dans les post-graduate schools aux médecins qui veulent se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art. D'une manière générale les professeurs s'y attachent plus que chez nous à enseigner une chirurgie se rapprochant autant que possible de ce qu'on fait sur les vivants. Au lieu de se contenter de découvrir des artères et d'abattre des membres, on termine l'opération en faisant les sutures et le drainage comme s'il s'agissait d'une opération à l'hôpital.

De plus, au lieu de se borner aux opérations telles que les ligatures, les amputations et les désarticulations, on fait répéter aux élèves les opérations spéciales les plus courantes sur l'abdomen, le crâne et le thorax. Dans quelques Universités même, on exécute quelques opérations sur le chien, pour habituer les étudiants à opérer dans des conditions se rapprochant plus de la réalité.

Les installations matérielles sont, en général, très inférieures à celles de notre École pratique, sauf sur un point, le mode de conservation des cadavres. Tandis que, pendant les mois de juin et de juillet, nous perdons, par le fait de la putréfaction, le plus grand nombre de nos cadavres, 65 sur 133 en juin, 111 sur 126 en juillet 1901, dans certaines écoles américaines, tous les cadavres sont non seulement utilisables mais même admirablement conservés par suite de l'installation dans les hôpitaux de chambres frigorifiques et d'un embaumement consécutif très soigné. Il y a là une amélioration considérable à apporter à nos installations hospitalières.

## 2. — Anesthésie.

(N° 385.)

Je suis resté fidèle au chloroforme pour *l'anesthésie générale*. Pour les

petites opérations, je recours à *l'anesthésie locale*, soit en injectant l'anesthésique au niveau même de la lésion, soit en recourant aux injections périnerveuses, dont l'application la plus typique est l'injection au niveau des nerfs collatéraux des doigts. Chez des malades épuisés, j'ai, même pour des opérations importantes, eu recours à l'anesthésie locale. Elle m'a suffi pour pratiquer des gastro-entérostomies, l'incision de la paroi abdominale étant seule douloureuse. J'y ai eu recours aussi pour l'exécution de l'anus artificiel dans l'occlusion intestinale, l'anesthésie générale exposant, en pareils cas, à des vomissements abondants, qui peuvent refluer dans la trachée et amener la mort par asphyxie. J'ai, au contraire, abandonné la *rachianesthésie*, qui, chez deux de mes malades, a amené la mort à la suite d'un état lipothymique prolongé.

### 3. — Le bromure d'éthyle comme anesthésique général.

(N° 98.)

Après avoir employé, avec le docteur Bourbon, plus de cinq cents fois le bromure d'éthyle comme anesthésique général, nous avons pensé qu'il nous était permis de publier le résultat de nos observations.

Le bromure d'éthyle doit être donné à doses massives et pendant un temps extrêmement court. Nous avons toujours opéré moins d'une minute après le début des inhalations, que nous suspendons alors d'une manière complète, laissant le malade respirer à l'air libre.

Lorsque l'opération dépasse cinq minutes, il faut recourir à l'administration successive du bromure d'éthyle et du chloroforme, faisant passer le malade d'une anesthésie dans l'autre. Cette méthode d'anesthésie successive par le bromure d'éthyle, puis par le chloroforme, abrège la période nécessaire pour endormir le malade, mais, contrairement à ce qu'on a dit en se fondant sur des raisons théoriques (congestion céphalique de l'anesthésie bromhydrique), elle ne met pas à l'abri de la syncope chloroformique.

Dans ce travail, qui contient une bibliographie étendue de la question, nous avons insisté sur la gravité de l'emploi du bromure d'éthylène, que quelques chirurgiens ont confondu avec le bromure d'éthyle.

### 4. — Botryomycose.

(N° 349.)

Dans un rapport lu à la Société de chirurgie, nous avons analysé 27 observations de botryomycose. 15 fois les malades appartenaient au sexe masculin, 12 fois au sexe féminin ; l'âge a varié de 15 à 71 ans. La profession ne semble avoir aucune importance et la fréquentation des chevaux, incriminée autrefois, ne jouer aucun rôle. Le commémoratif d'une petite plaie antérieure manque le plus souvent et la botryomycose se développe sur une peau saine ou après une simple piqûre.

Il existe une prédominance très marquée à la main, 18 cas sur 27, et particulièrement à la face palmaire, 17 cas. Les autres cas ont été observés sur le gros orteil, la jambe, le bras, la région sus-hyoïdienne, le lobule de l'oreille, la langue, la face muqueuse de la lèvre, le palais.

La tumeur varie d'un très petit pois à une cerise ; elle est arrondie, sort par un trou de l'épiderme, qui quelquefois remonte sur la partie voisine de la tumeur, qui le plus souvent en est séparée par un sillon suppurant. Elle ressemble, à première vue, à un bourgeon charnu, s'étale comme un champignon, est de consistance un peu élastique et a une surface ulcérée, couverte de croûtes jaunâtres. Ces tumeurs saignent facilement.

Les petites cautérisations, les applications de teinture d'iode, l'abrasion de la tumeur sont suivies d'une repullulation immédiate. Pour obtenir la guérison, il faut détruire le pédicule.

Poncet regardait ces tumeurs comme déterminées par la présence d'un champignon spécial, le botryomyces, hypothèse qu'il faut aujourd'hui abandonner. L'évolution clinique établit cependant que ce ne sont pas de simples bourgeons charnus, ce que confirme l'examen histologique, qui nous montre un développement extrême des vaisseaux capillaires, donnant même parfois aux coupes l'aspect d'un angiome, et, particulièrement au voisinage du pédicule, une tendance à la transformation en tissu adulte du tissu conjonctif embryonnaire.

## 5. — Greffes néoplasiques.

(N° 381.)

Dans ce travail, en collaboration avec M. Lecène, nous avons réuni un certain nombre de cas de *greffe cancéreuse*, dont 4 observations personnelles.

Dans la première il s'agit d'une *greffe néoplasique spontanée* d'un cancer utérin sur le vagin. L'ulcération du cul-de-sac postérieur du vagin,



Fig. 98. — Épithélioma du vagin consécutif à un épithélioma intra-cervical : — à gauche, on voit le revêtement pavimenteux du vagin ; — plus à droite, on trouve l'ulcération néoplasique, dont le fond est formé par de l'épithélioma atypique cylindrique. (Grossissement : 350/1.)

au lieu de présenter le type de l'épithélioma pavimenteux vaginal, était, comme structure, identique à la tumeur intra-cervicale.

L'hypothèse d'une métastase lymphatique rétrograde ne pouvait guère être admise dans ce cas, l'examen des ligaments larges n'ayant pas permis d'y déceler la moindre infiltration, et des coupes sériées de la zone intermédiaire au néoplasme du col et à l'ulcération vaginale n'ayant fait constater

en aucun point des cellules épithéliales néoplasiques dans les lymphatiques de la sous-muqueuse ou de la musculaire du vagin.

Dans les trois autres cas nous nous trouvons en présence de *greffes néoplasiques consécutives à une intervention chirurgicale :*

1° Tumeur kystique de l'hypochondre, présentant tous les caractères macroscopiques et microscopiques du kyste mucoïde banal de l'ovaire chez

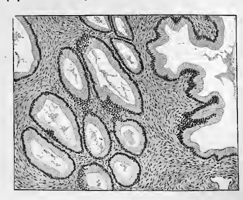


Fig. 99. — Coupe d'un épithélioma kystique de l'hypochondre gauche chez une malade antérieurement opérée d'un kyste banal de l'ovaire. Le kyste secondaire présente absolument la structure de l'épithélioma mucoïde bénin de l'ovaire avec ses grandes cellules épithéliales caliciformes. (Grossissement : 350/1.)

une femme que nous avions opérée, quelques années auparavant, d'un kyste ovarien ;

2° Développement d'un épithélioma pavimenteux sous-cutané pré pubien dans la cicatrice abdominale d'une hystérectomie pour cancer du col ;

3° Apparition, au niveau du méat urétral, d'une tumeur reproduisant le type de l'épithélioma atypique vésical chez une femme opérée de cancer de la vessie, avec muqueuse urétrale normale entre le col vésical et le méat.

Dans tous les cas, il s'agit bien de greffes de cellules déviées de leur type de développement normal et proliférant suivant le type néoplasique.

Ces constatations conduisent en pratique à cette conclusion qu'il faut,

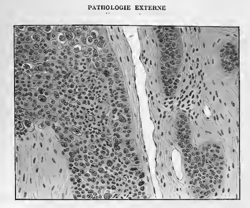


FIG. 100. — Coupe d'un noyau néoplasique développé dans la cicatrice abdominale d'une hystérectomie pour épithélioma pavimenteux du col utérin. On voit que ce noyau pariétal est formé par un tissu conjonctif dense, traversé de boyaux d'épithélioma pavimenteux trés atypique, avec des noyaux géants en karyokinèse irrégulière. (Grossissement : 350/1.)

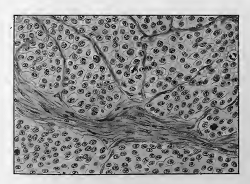


FIG. 101. — Coupe d'une tumeur du méat urétral consécutive à une tumeur de la vessie. Le noyau néoplasique présente tous les caractéres d'un épithélioma atypique vésical. (Grossissement : 350/1.)

au cours d'une intervention pour néoplasme, multiplier les précautions pour extirper la tumeur sans l'ouvrir, protéger avec le plus grand soin toutes les surfaces cruentées et changer d'instruments aussi souvent qu'il le faudra, dès qu'un contact suspect les aura souillés.

### 6. — Pathogénie et traitement des amyotrophies d'origine articulaire.

(Nos 222, 292.)

Contrairement aux conclusions de Duplay et Cazin, nous admettons que les *amyotrophies* d'origine articulaire *sont sous la dépendance de lésions médullaires*.

Le fait nous semble démontré :

1° Par la constatation de lésions des cornes antérieures de la moelle, constatées par nos élèves Mignot et Mally dans leurs recherches expérimentales ;

2° Par les caractères mêmes de ces amyotrophies, qui s'accompagnent de parésie, d'un certain degré de spasme, d'une diminution de l'excitabilité électrique et d'une augmentation des réflexes, tous symptômes dépendant évidemment de la moelle.

Au point de vue du *traitement*, nous pensons, avec Mally et Richon, que si, dans les formes bénignes d'amyotrophie, le massage et la faradisation sont indiqués, dans les formes graves, quand le malade se plaint de contractures musculaires douloureuses, se produisant la nuit ou au moindre mouvement, quand la percussion du muscle au niveau de son point moteur, au lieu de provoquer simplement une contraction un peu plus brusque que dans un muscle normal (fait constant dans l'amyotrophie articulaire), détermine une contraction beaucoup plus violente, parfois même suivie de plusieurs secousses successives, quand la percussion du tendon détermine un réflexe très violent, quand il existe de la trépidation épileptoïde, etc., nous pensons qu'il faut être très prudent, n'user du massage que d'une manière très modérée et recourir à l'électricité statique sous forme sédative.

### 7. — Un cas de hernie musculaire.

(N° 97.)

Dans cette observation typique, on retrouve tous les caractères assignés par Farabeuf à la hernie musculaire vraie :

La tumeur se produit pendant le relâchement du muscle. Elle disparaît par la distension passive du muscle, obtenue par l'éloignement de ses deux insertions, et par sa tension active déterminée par sa contraction.

Le palper faisait constater, lorsqu'elle était réduite, l'existence d'un trou de l'aponévrose à son niveau. L'opération, en mettant les lésions sous nos yeux, nous a permis d'en faire en quelque sorte l'autopsie sur le vivant. Elle nous a montré, d'une part, la déchirure de l'aponévrose, de l'autre, l'intégrité du muscle sous-jacent.

### 8. — Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur.

(N° 77.)

De recherches anatomiques, faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, nous avons conclu, M. Quénu et moi, à la possibilité de pénétrer, sans grands délabrements, dans le médiastin postérieur. Une incision de 15 centimètres, faite entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale, à environ quatre travers de doigt de l'épine et répondant par son milieu à l'épine de l'omoplate ou un peu au-dessous, conduit sur l'angle des côtes en ne sacrifiant que quelques fibres inférieures du trapèze et le muscle rhomboïde. Une résection sous-périostée de 2 centimètres des 3e, 4e, 5e côtes permet d'introduire facilement la main dans le thorax.

On peut ainsi aborder le lobe supérieur du poumon et la partie postérieure de la scissure interlobaire. Si l'on veut pénétrer dans le médiastin, il faut faire l'incision à gauche, le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre droite empêchant toute manœuvre de ce côté.

### 9. — La fièvre dans les épanchements sanguins.

(Nos 97 *bis*, 207, 117.)

Il existe une variété de *fièvre aseptique* liée à de gros épanchements sanguins, que ceux-ci siègent dans la plèvre, dans le péritoine, dans une articulation ou dans le tissu cellulaire. Dans plusieurs cas nous avons vu la température tomber à la suite de l'évacuation du foyer sanguin, dont la stérilité était démontrée par des cultures, faites à l'Institut Pasteur par notre ami M. Morax.

### 10. — Valeur séméiologique de l'hypoazoturie.

(N° 64.)

Nous fondant sur l'analyse répétée des urines de quarante-trois malades, nous sommes arrivés, M. Gundelach et moi, à cette conclusion que la valeur séméiologique et pronostique de l'hypoazoturie n'a qu'une importanee des plus minimes et qu'elle n'est, dans l'immense majorité des cas, d'aucune utilité pour le ehirurgien.

### 11. — Immobilisation des membres et purpura.

(N° 50.)

Le développement de taches purpuriques et même d'ecchymoses sur les membres fracturés est un fait connu depuis longtemps, mais on n'avait jamais élucidé leur mode de production.

Voyant que ces extravasations sanguines se développaient au moment où l'on enlevait l'appareil ou lorsque le malade se levait, et eonstatant que, dans certains cas, elles n'apparaissaient que sur les segments de membre antérieurement soumis à la compression, que, de plus, on pouvait empêcber localement leur production par l'application d'un bandage circulaire, au-dessus et au-dessous duquel l'éruption apparaissait, nous avons été amené à établir un lien entre le développement de l'éruption purpurique et le changement brusque de la tension vasculaire qui se produit dans ees circonstances.

On sait, depuis les travaux de Marey, que le calibre des vaisseaux capillaires est maintenu à peu près constant par suite de l'établissement d'une sorte d'équilibre entre la tension intravasculaire, d'une part, la contractilité des vaisseaux et la résistance des tissus voisins, d'autre part. Par suite de la décompression qui suit l'ablation de l'appareil, de l'augmentation de la pression intravasculaire qui résulte du passage de la station horizontale à la station debout, il y a rupture brusque de cet équilibre, dilatation des capillaires, et, comme par le fait du traumatisme, de l'immobilisation, etc., la nutrition des capillaires a été entravée, le vaisseau brusquement dilaté se rupture.

Les petites hémorragies, qui se produisent alors, ne présentent aucune importance au point de vue du pronostic de la lésion qu'elles accompagnent ou qu'elles suivent.

## 12. — Observation de myxœdème.

(N° 12.)

Cette observation constitue un des premiers cas de myxœdéme typique observés en France. Elle présente comme point spécial ce fait que la maladie s'était accompagnée au début de symptômes de goitre exophtalmique.

## 13. — Des hémorragies dans la syphilis.

(N°s 13, 14.)

Dans un premier travail, reposant sur une série d'observations recueillies dans le service de M. Lailler, nous avons montré que l'on pouvait observer, le plus souvent au cours de la syphilis secondaire, quelquefois au cours de la syphilis tertiaire, des érythèmes purpuriques, évoluant par poussées successives avec le cortége symptomatique habituel du purpura vrai. Nous avons de plus établi qu'à côté de ces purpuras, apparus chez des syphilitiques, mais non spécifiques, on pouvait exceptionnellement observer des syphilides hémorragiques. Dans ce dernier cas, il s'agit tantôt d'une éruption papuleuse qui devient localement hémorragique, par suite d'une disposition particulière des tissus à ce niveau, un état variqueux

du membre par exemple, tantôt d'une éruption hémorragique généralisée, dont nous ignorons encore la cause.

Dans un deuxième mémoire publié en collaboration avec M. Pignot, reprenant la question des hémorragies dans la syphilis à un point de vue plus général, et nous appuyant sur des faits nombreux empruntés à divers observateurs, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

A. Dans la syphilis congénitale, on peut observer une véritable diathèse hémorragique.

B. Dans la syphilis acquise :

1° Rien ne prouve que la diathèse exerce son influence sur la production des hémorragies à la surface de plaies simples;

2° Dans les cas mêmes où l'instrument vulnérant porte sur des tissus malades par le fait de la syphilis, une hémorragie sérieuse est exceptionnelle;

3° Les ulcérations spécifiques ne donnent guère que des suintements sanguins peu abondants. Il faut ranger à part les cas exceptionnels où, par leur extension, elles détruisent la paroi d'un tronc vasculaire important;

4° Par l'intermédiaire de l'artérite qu'elle détermine, la syphilis peut être cause d'hémorragies viscérales, surtout encéphaliques.

L'hémoglobinurie à forme paroxystique reconnaît souvent la syphilis pour cause.

5° La syphilis peut déterminer des hémorragies cutanées :

*a*) A la surface d'éléments éruptifs spécifiques;

*b*) En créant une forme spéciale de purpura;

*c*) En agissant comme cause déterminante d'un purpura qui se présente avec ses caractères habituels et qui évolue dans le cours de la syphilis secondaire.

### 14. — Observation de purpura hémorragique d'origine traumatique.

(N° 5.)

Dans ce cas, les accidents avaient éclaté une heure après une chute violente sur le dos. Il y avait une éruption de purpura généralisé, étendu aux muqueuses, accompagné d'épanchements sanguins multiples sous-cutanés et profonds, d'épistaxis, de fièvre. Après un état grave passager, le malade guérit sans incident.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## 1883-1886

1. — Plaie de la main par morsure de cheval. Fracture du premier métacarpien. Arrachement du long extenseur du pouce. *Bull. de la Soc. anatom.*, juillet 1883, p. 335.
2. — Observation de luxation complexe de l'index en arrière. Th. de Michelot, 1883.
3. — Myxo-fibrome du sein. *Bull. de la Soc. anatom.*, 26 octobre 1883, p. 398.
4. — Hernie inguinale ancienne. Inflammation et ulcération de l'intestin au-dessus de la hernie. Perforation simulant l'étranglement. *Ibidem*, 1883, p. 394.
5. — Observation de purpura hémorragique d'origine traumatique. *Rev. de chirurgie*, 1883, t. III, p. 735.
6. — Observations de tumeurs ovariques. *Union médicale*, 1883, 10 août, 20 septembre, 10 novembre, 23 décembre 1884, et 12 janvier, 24 janvier, 12 février, 23 mars, 21 mai, 19 juin, 10 juillet, 9 octobre.
7. — Fibromyome de l'ovaire. Ascite. *Bull. de la Soc. anatom.*, 4 janvier 1884.
8. — Décollement épiphysaire des deux radius. Fracture de la cuisse droite. Rupture du rein gauche. Contusions multiples. Suppuration des foyers traumatiques. Néphrite interstitielle. *Progrès médical*, 2 février 1884, p. 87.
9. — Tumeur mélanique développée sur un moignon d'énucléation de l'œil; généralisation. *Bull. de la Soc. anatom.*, 28 mars 1884.
10. — Tumeur mixte de l'ovaire. Péritonite chronique. Pleurésie double. Ovariotomie. Guérison. *Ibidem*, 28 mars 1884.
11. — Carie du rocher. Phlébite du sinus latéral, suivie d'infarctus gangreneux des poumons, sans méningo-encéphalite concomitante. Pseudarthose de la clavicule. *Ibidem*, 1884, p. 614.
12. — Observation de myxœdème. *Bull. de la Soc. clinique*, 1884, et *France médicale*, 1884, t. I, p. 867 et 881.
13. — Syphilis et purpura. *Bull. de la Soc. clin.*, 1884, et *France médicale*, 1884, t. II, p. 999.
14. — Hémorragies et syphilis (en collaboration avec Pignot). *Ann. de dermatologie*, 1884, t. II, p. 1.
15. — Pièce de cystite chronique. *Bull. de la Soc. anatom.*, 1885, p. 51.
16. — Cartilage thyroïde dépourvu d'une grande corne. *Ibidem*, 1885, p. 51.
17. — Rétrécissement traumatique de l'urèthre. Urétérite avec rétrécissements et dilatations. *Ibidem*, 1885, p. 161.

18. — De la dilatation des rétrécissements dits élastiques de l'urèthre. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, novembre 1885, p. 683.
19. — Pyélite calculeuse et lipome du rein. *Bull. de la Soc. anatom.*, 1885, p. 360.
20. — Cellule vésicale ayant les dimensions d'une tête d'enfant. *Ibidem*, 1885, p. 430.
21. — Abcès périprostatique fusant vers le rectum. Taille prérectale. Guérison. In Thèse de Guilain, 1885-1886.
22. — Kyste ovarique multiloculaire. *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 94.
23. — Pyélite calculeuse. Néphrotomie. Mort. Cancer du bassinet et de l'uretère à gauche avec propagation à la plèvre gauche et au foie. *Ibidem*, 1886, p. 576.
24. — Volvulus de la première partie de l'intestin grêle. *Ibidem*, 1886, p. 584.
25. — De la trachéotomie chez les très jeunes enfants. *Rev. mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886, p. 516.
26. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale. *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 598, et *Annales de gynécologie*, 1886, t. II, p. 367.
27. — Contribution à l'étude du traitement des plaies récentes de l'abdomen avec hernie de l'épiploon. *Revue de chirurgie*, 1886, t. VI, p. 389.
28. — Observations de cellules vésicales, in Thèse de Robelin, 1886.

## 1887

29. — *Les cystites douloureuses*. Thèse de Paris (mémoire récompensé par l'Académie de médecine, prix d'Argenteuil).
30. — Sarcome fasciculé de la capsule du rein gauche. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 31.
31. — Ossification des ligaments coraco-claviculaires. *Ibidem*, p. 101.
32. — De l'anesthésie dans la trachéotomie (en collaboration avec Aug. Broca). *Rev. de chirurgie*, p. 390.
33. — Exstrophie de la vessie (en collaboration avec Faure). *Bull. de la Soc. anat.*, p. 148.
34. — Anomalie dans la situation du cæcum. *Ibidem*, p. 341.
35. — Lipome intra-musculaire du grand pectoral. *Ibidem*, p. 728.
36. — Note sur l'anatomie des nerfs de la paume de la main. *Ibidem*, p. 860.
37. — Quelques remarques à propos d'une double anomalie de l'artère obturatrice, (en collaboration avec E. Chevalier). *Ibidem*, p. 865.
38. — Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies. *Bull. de la Soc. clinique*, t. XI, p. 18.
39. — Le drainage et l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites. *Gaz. des hôp.*, p. 377.

39 *bis*. — Observations d'ascite symptomatique de tumeurs ovariques, in Thèse de Gundelach.

## 1888

40. — *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales* (en collaboration avec F. Terrier et A. Broca). Maladies de la face, des lèvres, des joues, des dents.
41. — Étude sur quelques anastomoses elliptiques des nerfs du membre supérieur. Leur importance au point de vue de la conservation des fonctions sensitivo-motrices après une section nerveuse. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 151.

42. — Hématuries vésicales dans la rétention d'urine. *Ibidem*, p. 101.
43. — Fracture du cubitus. Déformations secondaires du radius et de l'articulation du coude. *Ibidem*, p. 189.
44. — Note sur le quadriceps de la cuisse. *Ibidem*, p. 196 et 322.
45. — Nerfs de la paume de la main. *Ibidem*, p. 643.
46. — Note sur les abcès miliaires du rein et sur l'infection urineuse (en collaboration avec DE GENNES). *Ibidem*, p. 981.
47. — Les fossettes iléo-cæcales et la hernie de Rieux. *Ibidem*, p. 983.
48. — Anomalie du fléchisseur propre du gros orteil. *Ibidem*, p. 1044.
49. — Observations de prostatite chronique, in GUYON, *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate*, p. 1040.
50. — De l'influence des variations de la pression à laquelle sont soumis les vaisseaux sur la production du purpura. Immobilisation des membres et purpura. *Annales de dermatologie*, p. 703.
51. — Traitement chirurgical des pyélites. *Gaz. des hôpitaux*, p. 21.

**1889**

52. — *Des névralgies vésicales* (Mémoire couronné par l'Académie de médecine).
53. — *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales* (en collaboration avec F. TERRIER et A. BROCA). Maladies des gencives, des maxillaires, de l'articulation temporo-maxillaire, de la langue, du plancher buccal et de la glande sous-maxillaire, de la région parotidienne, de la voûte palatine et du voile du palais, des amygdales et du pharynx.
54. — Sur un point de l'anatomie du premier cunéiforme (en collaboration avec MORDRET). *Bull. de la Soc. anat.*, p. 71.
55. — De la périnéotomie préliminaire à l'extirpation de l'utérus. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XXXII, p. 368.
56. — Sur quelques points de l'anatomie du duodénum (Sa 4e portion, son muscle suspenseur, la fossette duodéno-jéjunale, les hernies rétro-péritonéales). *Bull. de la Soc. anat.*, p. 95.
57. — Quelques remarques sur le développement et la torsion de l'intestin. *Ibidem*, p. 133.
58. — Torsion de l'intestin. *Ibidem*, p. 188.
59. — Les névralgies vésicales idiopathiques. *Revue de chirurgie*, t. IX, p. 293.
60. — Contribution à l'étude des angiomes de la région parotidienne. *Ibidem*, t. IX, p. 736.
61. — L'uréthrotomie interne. *Gaz. des hôpitaux*, p. 15.

**1890**

62. — Contribution à l'étude des luxations de l'épaule (luxations dites incomplètes, décollements périostiques, luxations directes et luxations indirectes)(en collaboration avec A. BROCA). *Bull. de la Soc. anat.*, p. 312.
63. — Contribution à l'étude des luxations de l'épaule (luxations anciennes, luxations récidivantes) (en collaboration avec A. BROCA). *Ibidem*, p. 416.

64. — Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de l'hypoazoturie au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections chirurgicales (en collaboration avec GUNDELACH). *Annales de gynécologie*, t. XXXIII, p. 17.
65. — De l'hystéropexie vaginale dans le traitement des rétro-déviations utérines. *Ibidem*, t. XXXIII, p. 453.
66. — L'uréthrotomie interne et ses indications. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 328.
67. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 512.

## 1891

68. — Maladies du plancher buccal, des glandes salivaires, de l'œsophage et du larynx, in *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS.
69. — La trachélorrhaphie à lambeaux. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XXXVI, p. 300.
69 *bis*. — Extirpation de l'utérus par la voie sacrée (avec F. TERRIER). *Ibidem*, t. XXXVI, p. 81 et 178.
70. — Note sur les kystes du pancréas. *Congrès français de chirurgie*, 5e session. Paris, p. 618.
71. — La gastrostomie dans le cancer de l'œsophage. *Bull de la Soc. anatomique*, p. 117.
72. — Pathogénie de l'hydronéphrose. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, p. 571.
73. — Épithélioma térébrant du sein. *Bull. de la Soc. anat.*, 24 juillet.
74. — Anatomie et chirurgie des voies biliaires *Ibidem*, 31 juillet.
75. — Typhlite tuberculeuse (en collaboration avec PILLIET). *Ibidem*, 31 juillet.
76. — Fistule vésico-vaginale. Calcul à centre formé par un fil d'argent. *Ibidem*, 4 décembre.
77. — Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur (en collaboration avec QUÉNU). *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 82.
78. — Du drainage vésical après la taille chez la femme. *Ann. de gyn. et d'obst.*, t. XXXVI, p. 444.
79. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 543.

## 1892

80. — *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales* (en collaboration avec F. TERRIER et A. BROCA). Maladies de l'œsophage, des voies aériennes, du corps thyroïde, du squelette, des muscles, des vaisseaux, des nerfs, des ganglions du cou. Maladies générales du cou. Maladies de la poitrine. Maladies du sein.
81. — *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, par FURBRINGER. Traduction française avec notes et additions par H. HARTMANN.
82. — Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale, dans le cas de cancer de l'utérus (en collaboration avec F. Terrier). *Revue de Chirurgie*, t. XII, p. 295.

83. — Infection puerpérale consécutive à un avortement. Rétention de débris placentaires. Curage. Infection à forme diphtéroïde. Irrigation continue. Guérison. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XXXVII, p. 106.
84. — La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant (en collaboration avec A. ALDIBERT). *Ibidem*, t. XXXVII, p. 406.
85. — Quelques réflexions à propos d'un cas de fièvre urineuse avec accès intermittents. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, p. 38.
86. — Opérations pratiquées sur le rein. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, p. 110.
87. — Traitement de la pyélite. *Mercredi médical*, p. 85.
88. — Tumeurs de la paume de la main. *Bull. de la Soc. anatom.*, 25 novembre.
89. — Kyste dermoïde de la queue du sourcil à contenu huileux. *Ibidem*, 25 novembre.
90. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 709.
91. — Observations de pyométrie et de cancer de l'isthme de l'utérus, in Thèse de KAMINER.

## 1893

92. — Sarcome kystique de la muqueuse utérine. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 52.
93. — Note sur le rôle du Bacterium coli commune dans certaines affections de l'anus (en collaboration avec E. LIEFFRING). *Ibidem*, p. 69.
94. — Nouvelle contribution à l'étude du rôle du Bacterium coli dans les affections de la région anorectale (en collaboration avec E. LIEFFRING). *Ibidem*, p. 162.
94 *bis*. — Microbiologie des suppurations anales (en collaboration avec LIEFFRING). *Ibidem*, p. 517.
95. — Traitement de l'endométrite cervicale glandulaire. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XXXIX, p. 220.
96. — Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération (en collaboration avec F. TERRIER). *Ibidem*, t. XXXIX, p. 417, et *VII<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie*, Paris, p. 565.
97. — Note à propos d'un cas de hernie musculaire. *Revue de chirurgie*, t. XIII, p. 508.
97 *bis*. — Anévrysme diffus de la poplitée (avec TERRIER). *Ibidem*, p. 310.
98. — Le bromure d'éthyle comme anesthésique général (en collaboration avec H. BOURBON). *Ibidem*, t. XIII, p. 701.
99. — Résection totale de la diaphyse du cubitus pour médullite chronique. Régénération de l'os. Présentation à la *Société de chirurgie*.
100. — Note sur un procédé d'ablation des rétrécissements du rectum par les voies naturelles. 7° *Congrès français de chirurgie*, Paris, p. 698.
101. — L'obstétrique et la gynécologie dans les hôpitaux de Paris. *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie*, pp. 85 et 138.
102. — Tuberculose anale, 3° *Congrès de la tuberculose*, Paris, et *Mercredi médical*, p. 388.
103. — Le traitement des fibromes utérins et des suppurations pelviennes. *Revue générale des sciences*, p. 421.
104. — Revue annuelle de chirurgie. *Ibidem*, p. 669.

105. — Observation de sarcome kystique de l'utérus, in Thèse de GAYMAN.
106. — Observation d'hématométrie, in Thèse de ALTMANN.
107. — Observations d'hyperthermie par contusion des centres nerveux, in Thèse de J. F. GUYON.

## 1894

108. — De l'emploi du bouton de Murphy dans la chirurgie intestinale. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 479.
109. — Grossesse tubaire. Rupture au deuxième mois. Cœliotomie. Guérison (en collaboration avec A. PILLIET). *Ibidem*, p. 616.
110. — Un cas de déciduome malin (en collaboration avec TOUPET). *Ibidem*, p. 723.
111. — Grossesse tubaire rompue. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 518.
112. — Déciduome malin. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 399.
113. — Anatomie pathologique des rétrécissements du rectum (en collaboration avec TOUPET). *Bull. de la Soc. anatom.*, p. 993.
114. — Note sur la péritonite aiguë généralisée aseptique (en collaboration avec MORAX). *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XLI, p. 193.
115. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus (en collaboration avec DU BOUCHET). *Ibidem*, t. XLI, p. 45.
116. — Note sur la torsion des salpingo-ovarites (en collaboration avec E. REYMOND). *Ibidem*, t. XLII, p. 172.
117. — Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations pelviennes (en collaboration avec MORAX). *Ibidem*, t. XLII, p. 1.
118. — Les rétrécissements périrectaux chez la femme. *Ibidem*, t. XLII, p. 420.
119. — Rétention d'urine par rétroflexion de l'utérus gravide. Réduction. Cessation des accidents. Continuation de la grossesse. *Ibidem*, t. XLII, p. 268.
120. — Traitement de la blennorragie chez la femme. *Ibidem*, t. XLII, p. 42.
121. — Hématurie congestive dans un cas de calcul du rein. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, p. 523.
122. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite aiguë. *Revue d'orthopédie*, n° 3.
123. — Contribution à l'étude de la tuberculose anale. *Revue de chirurgie*, t. XIV, p. 1.
124. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 685.
125. — Observations de déciduome, in Thèse de BEACH.
126. — Observations de salpingites, in Thèse de REYMOND.
127. — Observations de cystostomie, in Thèse de LAGOUTTE, Lyon.

## 1895

128. — *Chirurgie du rectum* (en collaboration avec E. QUÉNU), t. I. Anatomie. Exploration. Rectites. Blennorragie. Syphilis. Tuberculose. Abcès. Fistules. Rétrécissements. Hémorroïdes. Ulcérations.
129. — Tumeur de la région parotidienne. Contusion. Épanchement sanguin dans son intérieur. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 209.

130. — Nerfs de l'appareil sphinctérien de l'anus (en collaboration avec P. Caboche). *Ibidem*, p. 240.
131. — Note sur quelques cas de pyosalpingites gonococciques sans oblitération du pavillon de la trompe. *Ibidem*, p. 212.
132. — Un cas d'exothyropexie pour goitre suffocant. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, p. 123.
133. — Contribution à l'étude des myomes de la vessie (en collaboration avec F. Terrier). *Revue de chirurgie*, t. XV, p. 181.
134. — Blennorragie ano-rectale. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XLIII, p. 77.
135. — Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta. Endométrite déciduale hémorragique; placenta scléreux ; déciduome bénin ; môle hydatiforme, sarcome chorio-cellulaire (en collaboration avec Toupet). *Ibidem*, t. XLIII, p. 225.
136. — Volvulus de l'anse oméga. IX<sup></sup>e *Congrès français de chirurgie*, Paris, p. 263.
137. — Note sur quatre cas de rate mobile. *Ibidem*, Paris, p. 499.
138. — Du traitement des fractures non compliquées de plaie. *Ibidem* (Discussion), Paris, p. 619.
139. — Anatomie pathologique et nature des rétrécissements du rectum (en collaboration avec Toupet). *Semaine médicale*, 27 mars.
140. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 937.

## 1896

141. — Note sur la suppuration gangreneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine (en collaboration avec Mignot). *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XLV, p. 425.
142. — La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. *Ibidem*, t. XLV, p. 138.
143. — Le cancer de l'urèthre chez la femme. *Ibidem*, t. XLV, p. 341.
144. — Le rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures et son traitement. Xe *Congrès français de chirurgie*, Paris, p. 424.
145. — De la splénectomie. *Ibidem* (Discussion), p. 483.
146. — Traitement des inflammations des annexes et du péritoine pelvien. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XLVI, p. 461.
147. — Traitement des suppurations pelviennes. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 853.
148. — Rétroflexion de l'utérus gravide. IIe *Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, Genève, t. II, p. 87.
149. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 873.
150. — Fracture oblique du tibia. Consolidation vicieuse. Ostéotomie. Extension continue. Guérison. *Revue d'orthopédie*, p. 362.
151. — Observations de métrite, in Thèse de Du Bouchet.
152. — Observations de castration abdominale pour annexites, in Thèse de Audiau.
153. — Observations de bartholinites, in Thèse de Dujon.
154. — Observations de prolapsus du rectum, in Thèse de Soulier.

## 1897

155. — Indications opératoires et traitement du cancer du rectum (en collaboration avec Quénu). Rapport présenté au *Congrès français de chirurgie*, p. 521.
156. — Grossesse tubaire rompue. Ictère. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 954.
157. — Anévrysme faux primitif de la partie supérieure de la jambe et de la moitié inférieure du creux poplité. Incision. Tamponnement du sac. Guérison. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 44.
158. — L'hystérectomie abdominale totale. Sa technique opératoire, ses indications. *Annales de gynécol. et d'obst.*, t. XLVIII, p. 1.
159. — Dilatation congénitale énorme des voies biliaires. Anastomose latérale de la poche et de l'intestin (en collaboration avec Brun). *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 207.
160. — Au sujet des ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables. *IIe Congrès fr. de chirurgie*, Paris (Discussion), p. 202.
161. — Note sur l'urétérectomie totale. *Ibidem*, p. 375.
162. — La splénectomie dans les kystes hydatiques de la rate. *Ibidem*, p. 496.
162 *bis*. — Les modifications du sang après la splénectomie (avec Vaquez). *Société de biologie*, 30 janvier.
163. — Présentation de deux malades pylorectomisées. *Académie de médecine*, 16 novembre.
164. — Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage. *Bull. de la Soc. de chirur.*, p. 253.
165. — Présentation d'une fracture du maxillaire inférieur, traitée par l'appareil de Kingsley. *Ibidem*, p. 372.
165 *bis*. — Note sur un cas d'appendicite à rechutes étudié au point de vue pathogénique (avec Mignot). *Ibidem*, p. 698.
166. — Technique de l'hystérectomie abdominale totale. *Ibidem*, p. 550.
166 *bis*. — Traitement de l'occlusion intestinale. *Ibidem*, p. 585 et 679.
167. — A propos de l'hystérectomie abdominale pour tumeurs de l'utérus. *IIe Congrès fr. de chirurgie*, Paris (Discussion), p. 887.
168. — A propos de la castration abdominale totale pour salpingite suppurée. *Ibidem* (Discussion), p. 925.
169. — Note sur une variété peu connue d'abcès de la cloison uréthro-vaginale. Suppuration des canaux accessoires de l'uréthre chez la femme (en collaboration avec Reymond). *Assoc. franç. d'urologie*, p. 56.
170. — Du passage du Bacterium coli à travers les parois vésicales à la suite d'un abcès appendiculaire (en collaboration avec Reymond). *Ibidem*, p. 324.
171. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 751.

## 1898

171 *bis*. — Gastrosucorrée et gastro-entérostomie. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 409.
172. — Les ligatures atrophiantes dans le traitement des tumeurs utérines (en collaboration avec Fredet). *Annales de gynéc. et d'obst.*, t. XLIX, p. 110 et 306, et *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 130.

172 *bis*. — Recherches expérimentales sur la lithiase biliaire. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 165.

173. — La suture dans la gastro-entérostomie. *XII<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie*, Paris, p. 312.

174. — A propos des pylorectomies pour cancer (Discussion). *Ibidem*, Paris, p. 320, et *Bull. de la Soc. de chirur.*, p. 144, 262, 815.

175. — A propos des ulcères perforants de l'estomac (Discussion). *XII<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie*, Paris, p. 324.

176. — A propos de l'hystérectomie par section médiane (Discussion). *Ibidem*, Paris, p. 673.

177. — Étranglement par persistance d'un canal omphalo-mésentérique. Résection de l'intestin étranglé et du canal omphalo-mésentérique. Entérorraphie circulaire. Guérison. *Bull. de la Société de chir.*, p. 202.

177 *bis*. — Psychoses post-opératoires. *Ibidem*, p. 399.

178. — La colpotomie postérieure dans le traitement des annexites suppurées. *Annales de gynéc. et d'obs.*, t. L, p. 108, et *Bull. de la Soc. de chirur.*, p. 772.

179. — La torsion du pédicule des salpingo-ovarites (en collaboration avec Reymond). *Annales de gynéc.*, t. L, p. 161.

180. — Du traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable. *Ibidem*, t. L, p. 231.

181. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 946.

182. — Observations de rétroflexion de l'utérus gravide, in Thèse de Harlay.

**1899**

183. — *Chirurgie de l'estomac* (en collaboration avec F. Terrier).

184. — *Chirurgie du rectum* (en collaboration avec E. Quénu), t. II. Tumeurs du rectum.

185. — Quelques remarques à propos de trois cas d'hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin. *Ann. de gynéc. el d'obst.*, t. LI, p. 290.

186. — A propos de l'hystérectomie abdominale totale (Discussion). *XIII<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie*, Paris, p. 193.

187. — A propos de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie (Discussion). *Ibidem*, Paris, p. 389.

188. — Quelques réflexions à propos de 40 cas de castration abdominale totale pour annexites. *Annales de gynéc. et d'obst.*, t. LII, p. 1, et *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, t. I, p. 189.

189. — Thérapeutique conservatrice de l'inversion utérine. *Ibidem*, t. LII, p. 43.

190. — Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie (en collaboration avec Soupault). *Revue de chirurgie*, t. XIX, p. 137 et 330.

191. — Traitement opératoire des annexites. *III<sup>e</sup> Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, Amsterdam, p. 70.

192. — Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. *III<sup>e</sup> Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, Amsterdam, et *Ann. de gynécol.*, t. LII, p. 146.

193. — Gastrorraphie et gastropexie combinées. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 443, et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 397.

194. — Rapport sur une anomalie des organes génitaux par P. Delagénière. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 2.
195. — Pylorectomie. Présentation de malade. *Ibidem*, p. 30.
196. — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie. *Ibidem*, p. 117.
197. — Contusion de l'abdomen. Déchirure du foie. Cœliotomie. Tamponnement de la déchirure. Guérison. *Ibidem*, p. 143.
198. — A propos des épiploïtes, suites de cure radicale de hernie. Discussion. *Ibidem*, p. 154.
199. — Corps étranger du vagin. Présentation. *Ibidem*, p. 165.
200. — Sur le traitement de l'appendicite. Discussion. *Ibidem*, p. 180.
201. — Sur l'appendicite. Discussion. *Ibidem*, p. 245 et 252.
202. — Cholécystite calculeuse suppurée. Discussion. Diagnostic avec les tumeurs de l'estomac. *Ibidem*, p. 427.
203. — Pyloroplastie et résection gastrique pour lésions multiples de l'estomac. Discussion. *Ibidem*, p. 475.
204. — Ulcère du pylore formant tumeur. Sténose pylorique. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison opératoire et thérapeutique par Mauclaire. Rapport. *Ibidem*, p. 481 ; *Id.* Discussion, p. 486.
205. — Cancer du pylore. Pylorectomie. Fermeture des deux bouts. Gastro-entérostomie. Guérison. *Ibidem*, p. 561.
206. — Tumeurs inflammatoires du tube digestif. Discussion. *Ibidem*, p. 838 et 840.
207. — Poussées de fièvre correspondant à des hémorragies. Discussion. *Ibidem*, p. 857.
208. — Rein polykystique. Difficultés du diagnostic. Discussion. *Ibidem*, p. 889.
209. — Gastrectomie. Discussion. *Ibidem*, p. 984.
210. — Opérations sur le col utérin et grossesse consécutive. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, t. I, p. 153.

## 1900

211. — Traitement opératoire des annexites. *Ann. de gynéc. et d'ost.*, t. LIV, p. 192.
212. — Technique de la cœliotomie dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum. *Revue de chirurgie*, t. XXII, p. 613, et *Congrès international des sciences médicales*, Chirurgie générale, p. 728.
213. — Anatomie pathologique du cancer du pylore à propos d'un cas de pylorectomie. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 889.
214. — Leçon de clôture du cours de clinique chirurgicale. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, p. 1036.
215. — Torsion du pédicule des salpingo-ovarites. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, 2 février.
216. — Un nouveau cas de salpingite à pédicule tordu. *Soc. d'obstét., de gynéc. et de péd.*, t. I, p. 28.
217. — Sclérose utérine et infection. *Ibidem*, p. 204.
218. — Considérations sur le mode de propagation et sur la chirurgie du cancer de l'estomac (en collaboration avec Cunéo). *Bull. de la Soc. de chir.*, 28 février, p. 223.

219. — Traitement des kystes hydatiques du foie par la suture. Discussion. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 14.
220. — Grossesse extra-utérine. Discussion. *Ibidem*, p. 189.
221. — Plaie de l'estomac et de la rate par balle. Discussion. *Ibidem*, p. 277 et 279.
222. — Rapport sur des recherches expérimentales sur les amyotrophies d'origine articulaire par Mally et Mignot. *Ibidem*, p. 415 et 426.
223. — Sur le prolapsus du rectum (à propos d'une observation de Pauchet). Discussion. *Ibidem*, p. 439.
224. — Les anastomoses intestinales ; *Ibidem*, p. 935, *id.* Discussion, p. 641.
225. — De l'intervention chirurgicale dans les cirrhoses hépatiques biliaires. Discussion. *Ibidem*, p. 1043.
226. — Sur la chirurgie de l'estomac. Discussion. *Ibidem*, p. 1131.
227. — Valeur séméiologique de l'examen du sang dans les maladies de l'estomac. *Ibidem*, p. 1151.
228. — Chirurgie de l'estomac. *Congrès international des sciences médicales*. Chirurgie générale, p. 710.
229. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 1276.

## 1901

230. — *Chirurgie gastro-intestinale.*
231. — Les hématuries dans les fibromes utérins. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, t. LVI, p. 192.
232. — Technique de l'ablation de l'utérus dans les ruptures complètes de l'organe (3 observations). *Ibidem*, t. LVI, p. 280.
233. — De l'hémo-diagnostic au point de vue chirurgical dans le cancer de l'estomac et dans les infections. Discussion. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 4.
234. — Traitement opératoire de la perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde. *Ibidem*, p. 8.
235. — A propos de l'extirpation du rectum. Discussion. *Ibidem*, p. 222.
236. — Rupture de la rate. Splénectomie par Auvray. Rapport. *Ibidem*, p. 222, et Discussion, p. 234.
237. — Contusion de l'abdomen. Contracture de la paroi abdominale. Cœliotomie. Tamponnement d'une déchirure du foie par Mauclaire. Rapport. *Ibidem*, p. 234.
238. — De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, par Roger (d'Agde). Rapport. *Ibidem*, p. 234.
239. — Fracture de la base du crâne diagnostiquée par la ponction lombaire. Discussion. *Ibidem*, p. 1135.
240. — Note à propos d'un cas de duodénostomie. *Ibidem*, p. 1156.
241. — Tumeur mixte graisseuse périrénale (en collaboration avec Lecène). *Association française d'urologie*, p. 534.
242. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 881.
242 *bis*. — Traitement des abcès urineux et de l'infiltration d'urine. *Presse médicale.*

## 1902

243. — Observations de résections gastriques pour cancer, in Desfosses, *Résultats éloignés de la gastrectomie*. Th. Paris.
244. — Tuberculose de la glande de Cowper (en collaboration avec Lecène). *Assoc. franç. d'urologie*, p. 237.
245. — L'enseignement de la médecine opératoire dans quelques universités américaines. *Presse médicale*, p. 319.
246. — Sur la duodénostomie. Discussion. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 37.
247. — Kyste hydatique du foie. Greffes sur le péritoine. Discussion. *Ibidem*, p. 42.
248. — Discussion sur le chloroforme. *Ibidem*, p. 60.
249. — Discussion sur les fibromes gangrenés. *Ibidem*, p. 70.
250. — Note sur la séparation de l'urine des deux reins, par Luys. Rapport. *Ibidem*, p. 266.
251. — Différents procédés pour recueillir séparément les urines des deux reins. Discussion. *Ibidem*, p. 297.
252. — Gastro-entérostomie. Discussion. *Ibidem*, p. 847.
253. — Ablation abdomino-périnéale du rectum, par P. Riche. Rapport. *Ibidem*, p. 877.
254. — Prolapsus du rectum. Recto-coccypexie et myorraphie des releveurs. Discussion. *Ibidem*, p. 890.
255. — Résultat éloigné d'une prostatectomie périnéale. Présentation de pièces. *Ibidem*, p. 898.
256. — Anomalie génitale. Discussion. *Ibidem*, p. 941.
257. — Résection totale de l'omoplate pour sarcome ou ostéomyélite. Discussion. *Ibidem*, p. 946.
258. — De la nécessité qu'il y a à séparer l'urine de chaque rein avant de se décider à pratiquer une néphrectomie. *Ibidem*, p. 947.
259. — Pseudo-hermaphrodite féminin. *Ibidem*, p. 1043.
260. — Appendice gangrené, deux perforations imminentes sans symptômes aigus. Discussion. *Ibidem*, p. 1075.
261. — Exulceratio simplex de l'estomac et grande hémorragie. Gastro-entérostomie. Mort. Discussion. *Ibidem*, p. 1167.
262. — Contribution à l'étude bactériologique des cystites (en collaboration avec Roger). *Association française d'urologie*, p. 517.
263. — La séparation intra-vésicale de l'urine des deux reins (en collaboration avec Luys). *Ibidem*, p. 575.
264. — Indications et résultats de la néphrectomie. *Ibidem*, p. 110.
265. — Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. *Ibidem*, p. 339.
266. — A propos de la colpocystotomie. Discussion. *Ibidem*, p. 567.
267. — Cystoscopie. *Ibidem*, 573.
268. — Résultats et indications du traitement chirurgical des maladies de l'estomac (60 observations). *Association française de chirurgie*, p. 435.
269. — La néphropexie d'après Edebohls. *Annales de gyn. et d'obstét.*, t. LVII, p. 230.
270. — Examen clinique de l'appareil urinaire de la femme. *Ibidem*, t. LVIII, p. 205.

271. — La séparation intra-vésicale de l'urine des deux reins. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, p. 717.
272. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 1032.
273. — Cholécystite pendant les suites de couches. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, t. IV, p. 223.
274 — Grossesse, kyste parovarien à pédicule tordu. Ablation. Guérison. *Ibidem*, p. 225.
275. — Observations de séparation intra-vésicale, in LAMBERT, Th. de Paris.

## 1903

276. — *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*. Première série (voies urinaires, estomac).
277. — Les indications opératoires dans les maladies, dites médicales, de l'estomac. *Rapport au Congrès international des sciences médicales*. Madrid.
278. — L'exclusion de l'intestin. *Rapport au Congrès français de chirurgie*, p. 19.
279. — Carcinome de l'estomac développé sur un vieil ulcère. Gastro-entérostomie postérieure ; mort au 8e jour par perforation de l'ulcère (en collaboration avec LECÈNE). *Bull. de la Soc. anat.*, p. 51.
280. — Surgical treatment in non-maliguant diseases of the stomach ; results and indications. *Medical News*, 14 mars.
281. — Polyadénomes purs du gros intestin. Rapport sur un cas présenté par PSALTOFF. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 786.
282. — A propos des tumeurs périrénales développées aux dépens du corps de Wolff. *Ibidem*, p. 185. *Id.*, p. 187.
283. — Phlébite dans l'appendicite. Discussion. *Ibidem*, p. 526.
284. — Sur la conduite à tenir en face d'une perforation du rectum au cours d'une hystérectomie. Discussion. *Ibidem*, p. 669.
285. — Kyste de l'épiploon. Discussion. *Ibidem*, p. 688.
286. — A propos de la lithiase biliaire. *Ibidem*, p. 703.
287. — De la transformation d'une gastro-entérostomie par anastomose latérale en gastro-entérostomie en Y. Discussion. *Ibidem*, p. 717.
288. — Tumeur de la loge du rein gauche, par SOULIGOUX. Rapport. *Ibidem*, p. 783.
289. — Traitement des corps étrangers de l'urèthre. *Presse médicale*.
290. — Prostatectomie périnéale. Discussion. *Ibidem*, p. 806.
291. — Cloisonnement du basain. Discussion. *Ibidem*, p. 812.
292. — Contribution à l'étude du traitement des affections articulaires traumatiques, par MALLY et RICHON. Rapport. *Ibidem*, p. 822.
293. — A propos du traitement des fistules vésico-vaginates. *Ibidem*, p. 987 et 910.
294. — Sur une observation de kyste dermoïde du mésocôlon transverse, par P. LAUNAY. Discussion. *Ibidem*, p 928.
295. — Taille sous-symphysaire pour corps étranger de la vessie. Discussion. *Ibidem*, p. 1001.
296. — Rhumatisme blennorragique noueux. Présentation. *Ibidem*, p. 1038.
297. — Kyste du ligament large gauche. Discussion. *Ibidem*, p. 1042.

298. — Rétention biliaire par calcul. Cholédochotomie. Persistance des accidents. Hépatico-lithotripsie. Guérison. Discussion. *Ibidem*, p. 1200.
299. — Six cas de résection iléo-cæcale. *Congrès français de chirurgie*, p. 399.
300. — Kyste du ligament large à pédicule tordu et grossesse. *Ann. de gynéc. et d'obstétrique*, t. LIX, p. 453.
301. — L'examen clinique en gynécologie. *Ibidem*, t. LX, p. 241.
301 *bis*. — La séparation intra-vésicale des urines. *Archives internationales de chirurgie*, t. I, p. 174.

## 1904

302. — *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*. Deuxième série (voies urinaires, testicule).
303. — *Chirurgie de l'appareil génito-urinaire de l'homme*.
303 *bis*. — Amputation périnéale du rectum par le procédé de Hartmann. Thèse de Sautelet, Paris.
304. — Sur le traitement des fractures de cuisse. Discussion. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirur.*, p. 19.
305. — Déchirure de la veine cave inférieure au cours d'une néphrectomie abdominale. Ligature du tronc au-dessus et au-dessous de la déchirure. Guérison sans incident. *Ibidem*, p. 57.
306. — Gastro-entérostomie. Discussion sur la jéjunostomie en Y. *Ibidem*, p. 198.
307. — Sur le cancer de la langue. Discussion. *Ibidem*, p. 340.
308. — Remarques sur la pathogénie du décubitus acutus post-opératoire. Discussion. *Ibidem*, p. 359.
309. — Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. Discussion. *Ibidem*, p. 420.
310. — Infection hépatique grave traitée par le drainage des voies biliaires. Guérison. *Ibidem*, p. 560.
311. — Discussion sur la gastro-entérostomie et l'ulcère de l'estomac. *Ibidem*, p. 583.
312. — Discussion sur l'hypospadias. *Ibidem*, p. 583.
313. — Imperforation du vagin. Discussion. *Ibidem*, p. 594.
314. — Le traitement opératoire direct de l'hypertrophie prostatique. *Ibidem*, p. 658.
315. — Discussion sur la valeur thérapeutique du drainage du canal hépatique. *Ibidem*, p. 754.
316. — L'hépatite aiguë et son traitement chirurgical. Discussion. *Ibidem*, p. 809.
317. — L'intervention chirurgicale dans les tumeurs du gros intestin (rectum excepté). *Ibidem*, p. 864.
318. — A propos de la résection des tumeurs du gros intestin. *Ibidem*, p. 1021.
319. — Splénectomie pour rupture de la rate. Discussion. *Ibidem*, p. 1032.
320. — Déciduome malin de la muqueuse vaginale sans déciduome utérin. Discussion. *Ibidem*, p. 1049.
321. — Suture du cholédoque. Discussion. *Ibidem*, p. 1059.
322. — La suture par doublement dans la cure des éventrations larges et des grosses hernies ombilicales. *Ann. de gyn. et d'obstétrique*. Deuxième série, t. I, p. 257.
323. — Un cas de ménopause anticipée. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, t. VI, p. 7.
324. — Suture par doublement dans la cure des éventrations larges et des grosses hernies ombilicales. *Ibidem*, p. 83.

325. — Indications et valeur thérapeutique de la prostatectomie. *Association franç. d'urologie*, p. 246.
326. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 34.

## 1905

327. — L'amputation de cuisse dans les gangrènes spontanées de la jambe. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 443.
328. — Résection de l'intestin grêle pour rétrécissement tuberculeux. Guérison. *Ibidem*, p. 507.
329. — Kyste du mésocôlon transverse simulant un kyste du pancréas. *Ibidem*, p. 641.
330. — Lipome de l'estomac. Rapport sur une observation de M. Benaky. *Ibidem*, p. 817.
331. — La valeur de l'iléo-rectostomie. Discussion. *Ibidem*, p. 913 et 1007.
332. — Pièces de deux sous arrêtées temporairement dans l'estomac puis spontanément expulsées par l'anus. *Ibidem*, p. 998.
333. — Dilatation stomacale aiguë post-opératoire. *Ibidem*, p. 1030.
334. — Cholédocho-entérostomie ou ablation du calcul dans la lithiase du cholédoque. Discussion. *Ibidem*, p. 1104.
335. — Surgical treatment of non malignant diseases of the Stomach. *Brit. med. Ass.* in *Brit. med. J.*, 1905, t. II, p. 772.
336. — Surgical treatment of malignant diseases of the rectum. *Ibidem*, p. 796.
337. — De la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale. *Ann. de gyn. et d'obst.* Deuxième série, t. I, p. 319.
338. — Pylorectomie pour cancer de l'estomac. Trois ans et demi plus tard, hystéro-ovariotomie pour kystes bilatéraux des ovaires et fibromes utérins. Guérison. *Ibidem*, p. 282.
339. — Les propagations ganglionnaires dans le cancer du col de l'utérus (en collaboration avec Lecène). *Ibidem*, p. 175.
340. — Kyste du ligament large à pédicule tordu. *Ibidem*, p. 108.
341. — Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. Discussion. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, t. VII, p. 26.
342. — Traitement de l'hypertrophie prostatique. *Soc. internation. de chir.*, t. I, p. 41.
343. — Diagnostic des maladies chirurgicales du rein. *Ibidem*, p. 118.
344. — Traitement chirurgical des lésions non néoplasiques de l'estomac. *Ibidem*, p. 287.
345. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 993.

## 1906

346. — Rapports entre la rétraction de la vésicule et la lithiase du cholédoque. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 8 et p. 163.
347. — Pyurie rénale droite diagnostiquée par la séparation inter-vésicale des urines, en l'absence de tout autre symptôme rénal, par M. Lambert. Rapport. *Ibidem*, p. 278.

348. — Périsigmoïdites. *Ibidem*, p. 293.
349. — La botryomycose. *Ibidem*, p. 371 et 376.
350. — Iléo-rectostomie avec exclusion unilatérale de l'intestin. *Ibidem*, p. 420.
351. — A propos de la colpo-hystérectomie. *Ibidem*, p. 580.
352. — Hématome par rupture spontanée d'un cancer du rein. *Ibidem*, p. 695.
353. — Évolution de l'épididymite bacillaire aiguë. *Ibidem*, p. 697.
354. — Tuberculose hypertrophique de la partie terminale de l'iléon, par Michon. Rapport, *Ibidem*, p. 840 et 856.
355. — Éventration primitive après laparotomie. *Ibidem*, p. 865.
356. — Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urèthre chez la femme. *Ibidem*, p. 956.
357. — Fistule double faisant communiquer la vessie d'une part avec le côlon pelvien, d'autre part, avec le vagin. Fermeture de la fistule intestino-vésicale puis de la fistule vésico-vaginale. Guérison. *Ibidem*, p. 959.
358. — Cancer recto-sigmoïdien chez l'homme. Amputation abdomino-périnéale. Guérison. *Ibidem*, p. 964.
359. — Mucocèle de la vésicule biliaire. *Ibidem*, p. 970.
360. — Cholécystite calculeuse phlegmoneuse. Perforation sous-séreuse de la jonction cystico-cholédocienne. Opération. Guérison (en collaboration avec Brault). *Ibidem*, p. 1058.
361. — La pharyngectomie dans les cancers oro-pharyngés. Rapport sur 19 observations de Vallas. *Ibidem*, p. 1140.
361 *bis*. — Les anastomoses intestinales et gastro-intestinales. *Rapport au Congrès international des sciences médicales*. Lisbonne.
362. — Anurie puerpérale. Décapsulation du rein. Mort. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, deuxième série, t. III, p. 370.
363. — Cancer développé sur un moignon d'hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. *Ibidem*, p. 165.
364. — Dilatation utérine. *Ibidem*, p. 409.
365. — Opérations plastiques après excision des tumeurs étendues de la vulve. *Ibidem*, p. 555.
366. — Traitement chirurgical des cancers de l'utérus. *Soc. d'obst., de gyn. et de pédiatrie*, t. VIII, p. 23.
367. — Curage digital et curettage après avortement. *Ibidem*, p. 118.

## 1907

368. — *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, troisième série (Intestin).
369. — Cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal. Rapport sur deux observations de Lecène. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 222 et p. 232, 259.
370. — L'oblitération de la bouche après gastro-entérostomie. *Ibidem*, pp 410 et 1278.
371. — Tumeur du côlon pelvien. Résection. Anus artificiel dans un premier temps, secondairement invagination du côlon dans le rectum. Guérison. *Ibidem*, p. 473.
371 *bis*. — Sténose médio-gastrique par Tesson. Rapport. *Ibidem*, p. 767.

372. — Tuberculose hypertrophique du cæcum et du côlon ascendant. Résection de la terminaison de l'iléon, du côlon ascendant et de la partie droite du côlon transverse. Fermeture des deux bouts. Iléo-colostomie transverse latérale. Guérison. *Ibidem*, p. 784.
373. — Indications des opérations sur les voies biliaires. *Ibidem*, p. 808.
374. — Sarcome de l'ovaire chez un hermaphrodite, par Chauvel. Rapport. *Ibidem*, p. 947.
375. — Constipation congénitale liée à une atrophie du côlon pelvien. *Ibidem*, p. 671.
376. — Parotidite post-opératoire. Discussion. *Ibidem*, p. 1033.
377. — Ramollissement cérébral consécutif à une ligature de la carotide primitive. *Ibidem*, p. 1167.
378. — Traitement des hémarthroses. *Ibidem*, p. 1265.
379. — Sur la pathogénie et le traitement des abcès non tuberculeux de la prostate (en collaboration avec LAVENANT). *Ass. franç. d'urologie*, p. 107.
380. — La tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urèthre chez la femme. *Ann. de gynéc. et d'obst.* Deuxième série, t. IV, p. 1.
381. — Les greffes néoplasiques (en collaboration avec LECÈNE). *Ibidem*, p. 65.
381 *bis*. — Indications opératoires dans l'ulcère de l'estomac. *Congrès français de médecine.*
382. — Surgical forms of ileo-cæcal tuberculosis. Communic. à la Medical Society. *Brit. med. J.*, t. I, p. 849 et *Revue de chirurgie*, t. XXXV, p. 1701.
383. — Revue annuelle de chirurgie. *Revue générale des sciences*, p. 794.

## 1908

384. — Proctoscope présenté par Tuttle. Rapport. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 257.
385. — Deux cas de mort à la suite de rachistovaïnisation. *Ibidem*, p. 316 et 633.
386. — Traitement des fractures du maxillaire inférieur par l'application d'une gouttière métallique. *Ibidem*, p. 358, 478 et 482.
387. — Traitement chirurgical des perforations intestinales typhiques. *Ibidem*, p. 462.
388. — 1° Capsule surrénale du ligament large par Lecène ; 2° Tumeur solide de l'ovaire chez un enfant de 4 ans (hypertrophie d'une surrénale du tissu ovarien) par Gaudier. Rapport. *Ibidem*, p. 709.
389. — Kyste hydatique de l'estomac intermusculo-muqueux par Dujarrier. Rapport. *Ibidem*, p 715.
390. — Rétraction de l'aponévrose palmaire traitée par l'ionisation salicylée. *Ibidem*, p. 742.
391. — Un nouveau cas de cancer de l'appendice. *Ibidem*, p. 661.
392. — Résection d'une vésicule séminale et castration pour hémorragie des voies génitales par Marion. Rapport. *Ibidem*, p. 1023.
393. — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. *Société internationale de chirurgie.*
394. — Traitement des calculs biliaires. *Ibidem.*
395. — Traitement du cancer du rectum. *Ibidem.*
396. — Traitement chirurgical des angiocholites. *Ibidem.*

397. — Technique de la cholédochotomie. *Association française de chirurgie.*
398. — Surgical forms of intestinal tuberculosis. *Congrès international de la tuberculose.* Washington.
399. — Proctoscopie et sigmoïdoscopie. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, mai, n° 5.
400. — Appendicite et annexite. *Ann. de gynéc. et d'obstétr.* Deuxième série, t. V, p. 65 et 144.
401. — Adénome diffus du col utérin simulant le cancer (en collaboration avec LECÈNE). *Ibidem*, p. 297.
402. — L'urétéro-cysto-néostomie. *Ibidem*, p. 309.
403. — Rétrécissement du vagin, grossesse, hystérectomie supra-vaginale. Guérison de la mère et de l'enfant. *Ibidem*, p. 661.

---

# TABLE DES MATIÈRES

## IV. — CHIRURGIE ABDOMINALE

TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN.



TECHNIQUE GÉNÉRALE DES OPÉRATIONS ABDOMINALES.



ESTOMAC.



INTESTIN.

## V. — GYNÉCOLOGIE

## VI. — VOIES URINAIRES

## VII. — PATHOLOGIE EXTERNE

---

2307-08 — Tours. imp E. ARRAULT et Cie.